

09.076

**Message
relatif à la loi fédérale sur la prévention et
la promotion de la santé
(Loi sur la prévention, LPrév)**

du 30 septembre 2009

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons, en vous priant de l'adopter, un projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

30 Septembre 2009

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Hans-Rudolf Merz
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

Condensé

La nouvelle loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé concrétise le mandat législatif de l'art. 118, al. 2, let. b, de la Constitution, selon lequel la Confédération légifère sur la lutte contre les maladies très répandues ou particulièrement dangereuses. Elle a pour objectif d'améliorer le pilotage, la coordination et l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, et de contribuer ainsi au renforcement de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse.

Rappel de la situation

Le système de santé actuel présente une faiblesse notable: contrairement aux trois piliers de la prise en charge médicale des malades (traitement, rééducation et soins), la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce ne sont actuellement – à l'exception de la lutte contre les maladies transmissibles et de la prévention des toxicomanies – pas suffisamment ancrées au niveau conceptuel, organisationnel, politique ou juridique.

Le 28 septembre 2007, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'élaborer de nouvelles bases légales permettant d'éliminer les faiblesses en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Il donnait ainsi suite aux recommandations de la Commission spécialisée «Prévention et Promotion de la santé» instituée par le DFI, publiées en juin 2006, et à une des principales propositions formulées en octobre 2006 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) visant au renforcement du système de santé suisse.

Contenu du projet

La réglementation proposée consiste à apporter au pilotage, à la coordination et à l'efficacité des différentes mesures toutes les améliorations nécessaires au renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, et à optimiser la conduite stratégique de la gestion des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal). Elle permettra ainsi de combler une lacune de la législation fédérale en matière de prévention et de détection précoce des maladies non transmissibles ou psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses.

Les éléments principaux du projet de loi sont:

- l'introduction d'instruments globaux de pilotage et de coordination (objectifs nationaux et stratégie du Conseil fédéral);*
- une clarification de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en tenant compte du principe de subsidiarité;*
- l'inscription dans la loi de mesures assurant la qualité et encourageant l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce;*

-
- *la création de l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, sous la forme d'une unité administrative fédérale décentralisée qui sera le nouveau centre de compétences pour la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce;*
 - *la nouvelle réglementation des conditions d'utilisation du supplément de prime LAMal et de la taxe pour la prévention du tabagisme;*
 - *l'inscription dans la loi de la possibilité d'accorder des aides financières à des organisations à but non lucratif et de l'encouragement de la recherche, de la formation et du perfectionnement;*
 - *l'optimisation des rapports sanitaires et l'harmonisation des dispositifs de collecte de données.*

La mise en œuvre du projet n'aura aucune incidence sur le budget. En cas de renforcement des efforts sur le long terme, le Conseil fédéral pourrait augmenter le supplément de prime LAMal, qui est aujourd'hui de 2 fr. 40 par personne et par an.

Du point de vue de la politique sanitaire, la nouvelle loi fédérale contribue de manière importante à maintenir durablement l'état de santé de la population suisse, renforce ainsi l'économie du pays et permet de ralentir l'évolution des coûts du système de santé.

Table des matières

Condensé	6390
Liste des abréviations	6394
1 Contexte	6396
1.1 Ancrage dans la politique de santé	6396
1.2 Aperçu de la situation actuelle	6400
1.2.1 Législation	6400
1.2.2 Acteurs et organisation	6402
1.2.3 Financement	6407
1.2.4 Efficacité de la prévention et de la promotion de la santé	6411
1.3 Faiblesses du système actuel et mesures nécessaires	6412
1.4 Motifs de la nouvelle réglementation	6414
1.4.1 Efforts de réforme déployés dans les années 80	6414
1.4.2 Genèse de la nouvelle réglementation	6415
2 Présentation de l'objet	6417
2.1 Solutions examinées	6417
2.2 Résultats de la procédure préliminaire	6419
2.2.1 Résultats de la procédure de consultation	6419
2.2.2 Remaniement de l'avant-projet	6422
2.3 Objectifs du projet	6423
2.4 Présentation détaillée de la réglementation proposée	6424
2.4.1 Champ d'application	6424
2.4.2 Instruments de pilotage et de coordination	6425
2.4.3 Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons	6426
2.4.4 Organisation au niveau fédéral	6427
2.4.5 Financement	6430
2.4.6 Autres aspects	6431
2.5 Concordance des tâches et des moyens financiers	6431
2.6 Développements internationaux et relation avec le droit européen	6432
2.6.1 Développements internationaux dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce	6432
2.6.2 Modèles d'organisation en vigueur à l'étranger	6434
2.6.3 Relation avec le droit européen	6436
2.7 Mise en œuvre	6437
2.8 Appréciation globale du projet	6438
2.9 Classement des interventions parlementaires	6442
3 Commentaire	6442
3.1 Chapitre 1 Prévention, promotion de la santé et détection précoce	6442
3.1.1 Section 1 Dispositions générales	6442
3.1.2 Section 2 Instruments de pilotage et de coordination	6449
3.1.3 Section 3 Mesures de la Confédération et des cantons	6455
3.2 Chapitre 2 Subventions, aides financières et autres mesures d'encouragement	6463

3.2.1 Section 1 Subventions pour des programmes et des projets	6463
3.2.2 Section 2 Aides financières et autres mesures d'encouragement	6467
3.3 Chapitre 3 Données	6469
3.4 Chapitre 4 Rapports et contrôle de gestion	6471
3.5 Chapitre 5 Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé	6473
3.5.1 Section 1 Dispositions générales	6473
3.5.2 Section 2 Organes et personnel	6476
3.5.3 Section 3 Financement et gestion financière	6480
3.5.4 Section 4 Surveillance	6481
3.6 Chapitre 6 Exécution	6482
3.7 Chapitre 7 Dispositions finales	6485
3.7.1 Section 1 Abrogation et modification du droit en vigueur	6485
3.7.2 Section 2 Dispositions transitoires	6488
3.7.3 Section 3 Référendum et entrée en vigueur	6489
4 Conséquences	6489
4.1 Conséquences pour la Confédération	6489
4.2 Conséquences pour les cantons et les communes	6492
4.3 Conséquences économiques	6493
4.4 Effets sur la société et évaluation de la durabilité (EDD)	6500
5 Lien avec le programme de la législature	6500
6 Aspects juridiques	6501
6.1 Constitutionnalité	6501
6.2 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse	6502
6.3 Forme de l'acte à adopter	6502
6.4 Frein aux dépenses	6503
6.5 Compatibilité avec la loi sur les subventions	6503
6.5.1 Subvention de la Confédération octroyée à l'institut	6503
6.5.2 Aides financières en faveur d'organisations à but non lucratif	6503
6.6 Délégation de compétences législatives	6505
Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (Loi sur la prévention, LPrév) (Projet)	6507

Liste des abréviations

AA	Assurance-accidents
AFF	Administration fédérale des finances
AI	Assurance-invalidité
AIR	Analyse d'impact de la réglementation
AMal	Assurance-maladie
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CDF	Contrôle fédéral des finances
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CP	Code pénal suisse du 21 décembre 1937, RS 311.0
Cst.	Constitution RS 101
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EDD	Evaluation de la durabilité
EIS	Evaluation de l'impact sanitaire
FF	Feuille fédérale
FPT	Fonds de prévention du tabagisme
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20
LAJ	Loi du 6 octobre 1989 sur les activités de jeunesse, RS 446.1
Lalc	Loi fédérale du 21 juin 1932 sur l'alcool, RS 680
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10
LAsi	Loi sur l'asile du 26 juin 1998, RS 142.31
LAU	Loi du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités, RS 414.20
LAVS	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10
LCo	Loi du 18 mars 2005 sur la consultation, RS 172.061
LCR	Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière, RS 741.01
LDAI	Loi du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires, RS 817.0
LEp	Loi du 18 décembre 1970 sur les épidémies, RS 818.101
LFC	Loi du 7 octobre 2005 sur les finances, RS 611.0
LFP	Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle, RS 412.10
LHES	Loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les hautes écoles spécialisées, RS 414.71
LOGA	Loi du 21 mars 1997 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration, RS 172.010
LParl	Loi du 13 décembre 2002 sur le Parlement, RS 171.10
LPers	Loi du 24 mars 2000 sur le personnel de la Confédération, RS 172.220.1

LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1
LPMéd	Loi sur les professions médicales du 23 juin 2006, RS 811.11
LPrév	Loi sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention)
LPTh	Loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques, RS 812.21
LR	Loi du 7 octobre sur la recherche 1983, RS 420.1
LRTV	Loi fédérale du 24 mars 2006 sur la radio et la télévision, RS 7884.40
LSIT	Loi fédérale du 19 mars 1976 sur la sécurité d'installations et d'appareils techniques, RS 819.1
LStup	Loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants, RS 812.121
LSu	Loi du 5 octobre 1990 sur les subventions, RS 616.1
LTAb	Loi fédérale du 21 mars 1969 sur l'imposition du tabac, RS 641.31
LTr	Loi du 13 mars 1964 sur le travail, RS 822.11
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFPT	Ordonnance du 5 mars 2004 sur le fonds de prévention du tabagisme, RS 641.316
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSPo	Office fédéral du sport
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAS	Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins, RS 832.112.31
Org DDPS	Ordonnance du 7 mars 2003 sur l'organisation du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports, RS 172.214.1
Org DETEC	Ordonnance du 6 décembre 1999 sur l'organisation du Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication, RS 172.217.1
Org DFAE	Ordonnance du 29 mars 2000 sur l'organisation du Département fédéral des affaires étrangères, RS 172.211.1
Org DFE	Ordonnance du 14 juin 1999 sur l'organisation du Département fédéral de l'économie, RS 172.216.1
Org DFF	Ordonnance du 11 décembre 2000 sur l'organisation du Département fédéral des finances, RS 172.215.1
Org DFI	Ordonnance du 28 juin 2000 sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur, RS 172.212.1
PIB	Produit intérieur brut
RFA	Régie fédérale des alcools
RS	Recueil systématique du droit fédéral
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
UE	Union européenne

Message

1 Contexte

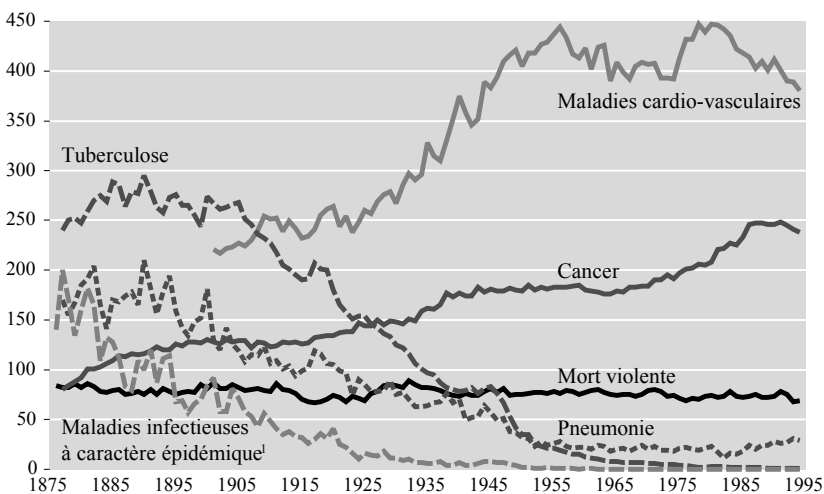
1.1 Ancrage dans la politique de santé

Les mutations sociales du ^{xx}e siècle ont conduit à une modification du spectre des maladies et des causes de décès. Jusqu'au début du ^{xx}e siècle, les infections étaient la principale cause de maladie et de décès prématuré (cf. figure 1).

Figure 1

Evolution des causes de décès de 1875 à 1995¹

Personnes décédées pour 100 000 habitants



1 Variole, rougeole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, typhus

© OFS 1997

Depuis que les conditions sociales et d'hygiène se sont améliorées, et que des vaccins empêchent certaines épidémies, les tableaux cliniques se sont fortement modifiés au sein de la population. Aujourd'hui, ce sont les maladies chroniques non transmissibles, telles que les maladies cardio-vasculaires et cancéreuses, qui, outre les accidents et les suicides, représentent les principales causes de perte prématurée d'années de vie (cf. tableau 1).

¹ Source: Office fédéral de la statistique.

Tableau 1

Répartition en pourcentage des années potentielles de vie perdues prématurément (c.-à-d. avant l'âge de 70 ans) par cause principale de décès et par sexe (2007)²

Cause	Hommes	Femmes
Maladies cancéreuses	29,1 %	45,2 %
Maladies cardio-vasculaires	17,2 %	11,0 %
Accidents et chocs corporels	16,3 %	8,0 %
Suicide	13,3 %	9,9 %
Maladies infectieuses	1,9 %	1,7 %
Autres	22,2 %	24,2 %

Les maladies chroniques non transmissibles représentent également la plus grande partie de la charge de morbidité (*Burden of Disease*). Or il faut savoir que les maladies à forte charge de morbidité – dont les victimes recourent davantage que la moyenne aux prestations médicales, ont une qualité de vie réduite et partent plus tôt à la retraite – contribuent à l'augmentation des coûts dans le domaine des assurances sociales [assurance-maladie (AMal) et assurance-invalidité(AI)]. Et que, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 50 % de ces maladies sont évitables en milieu de vie par un mode de vie sain.

Tableau 2

Charge de morbidité: les 10 maladies ou accidents et facteurs de risque principaux³

Maladie ou accident	% de toutes les DALY *	Facteur de risque	% de toutes les DALY *
Dépression unipolaire	10,3	Tabagisme	11,2
Maladies cardiaques ischémiques	6,2	Hypertension artérielle	7,3
Maladie d'Alzheimer et démence	4,7	Consommation d'alcool	7,2
Maladies dues à l'alcool	4,6	Indice de masse corporelle élevé	6,0
Perte d'acuité auditive	4,2	Taux de cholestérol élevé	5,1
Maladies cérébrovasculaires	3,3	Consommation de drogues	2,7
Cancer du poumon	3,1	Inactivité physique	2,4
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	2,8	Faible consommation de fruits et légumes	1,6
Blessures auto-infligées	2,8	Rapports sexuels non protégés	0,7
Ostéoarthrite	2,7	Abus sexuels pendant l'enfance	0,6

* DALY (*Disability Adjusted Life Years*) = années de vie corrigées de l'incapacité, calculées par sommation des années de vie perdues prématurément (c.-à-d. avant l'âge de 70 ans) et des années vécues avec un handicap.

² Source: Office fédéral de la statistique, Statistique de la santé 2009, Neuchâtel 2009.

³ Source: Estimations tirées de la base de données de l'OMS *Burden of Disease*.

Avec le vieillissement démographique, les effets de ces maladies sur l'état de santé de la population suisse, mais aussi sur l'évolution des coûts de santé, vont s'intensifier.

Depuis la première moitié du ^{xx}e siècle, l'idée s'est peu à peu imposée dans la littérature scientifique que la santé de l'individu ne se résume pas à une simple question de biologie, mais qu'elle présente aussi d'autres aspects. En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a donné de la santé une définition qui reprend cette idée, posant les fondements nécessaires à l'établissement d'une conception globale de la santé, depuis adoptée par presque tous les pays et organisations. Cette définition présente la santé comme étant «un état de complet bien-être physique, mental et social», c'est-à-dire, et c'est là la principale raison pour laquelle elle était à l'époque révolutionnaire, comme un état allant au-delà de la simple absence de maladie.

La «Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé»⁴ est venue relativiser cette approche très absolue et statique de la santé. Depuis sa signature en 1986, l'accent est mis sur la nécessité de donner aux individus les moyens d'avoir une plus grande influence sur leur santé et d'améliorer celle-ci. En particulier sur l'idée que la santé ne dépend pas uniquement des conditions offertes par le système de santé, des prédispositions biologiques et génétiques, ou encore des modes de vie individuels, mais qu'elle repose sur d'autres éléments déterminants, à savoir sur la possibilité de vivre dans un climat de paix, de bénéficier de conditions de logement décentes, de s'instruire, de se nourrir convenablement, de vivre dans un environnement préservé, de compter sur une utilisation parcimonieuse des ressources naturelles, et enfin d'accéder à des soins médicaux suffisants.

Ainsi la santé au sens large se compose-t-elle de facteurs physiques, psychiques, sociaux et environnementaux. Chaque individu, handicapé ou non, construit et vit sa santé en fonction de son environnement quotidien et au fil de ses activités, en jouant, en apprenant, en travaillant et en aimant. Etre dans un bon état de santé est une condition indispensable pour s'épanouir socialement, économiquement et personnellement, en même temps qu'un élément déterminant des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie.

L'amélioration de l'état de santé et l'allongement de l'espérance de vie, que l'on peut observer depuis le ^{xix}e siècle, ne s'expliquent pas uniquement par les progrès de la médecine curative. Ils découlent aussi, et pour une large part, des développements économiques et sociaux, de la stabilité de l'Etat et des avancées réalisées dans les domaines de l'environnement, de l'hygiène et de l'éducation. La contribution de la médecine curative à l'amélioration des résultats sanitaires et à l'allongement de l'espérance de vie a été estimée entre 10 % et 40 % (résultats variant en fonction des modèles et des méthodes utilisés et en fonction du sexe), le reste de l'amélioration étant en premier lieu attribuable aux changements intervenus dans les conditions et les modes de vie.

⁴ Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève 1986; accessible p. ex., sous: <http://www.radix.ch/index.cfm/90346828-EE5A-7D5D-73764C30ECE7FD99/?&lang=fr>.

Sachant que nombre des maladies figurant dans le tableau 2 ci-dessus peuvent être évitées, ou du moins retardées, par un mode de vie sain et des conditions de vie salutogènes⁵, il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire de renforcer les principes de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce au niveau politique, et de les ancrer plus solidement non seulement dans le système et la politique de santé mais aussi dans d'autres domaines politiques (p. ex., dans la politique de l'éducation, la politique économique et sociale, ou encore la politique de l'environnement). Soutenir et mettre en œuvre ces principes apparaît en effet comme le seul moyen de maintenir à long terme l'état de santé de la population suisse (actuellement meilleur que la moyenne en comparaison internationale), ceci d'autant plus que les ressources sont appelées à diminuer dans le domaine de la médecine curative. Autant de raisons qui impliquent un changement de paradigme, à savoir le passage d'une médecine prioritairement axée sur le curatif à un système de santé davantage orienté vers le préventif.

Toutes ces réflexions tendent à faire largement reconnaître aujourd'hui que les investissements dans la prévention et la promotion de la santé aident aussi à renforcer les capacités fonctionnelles de la société et à préserver la capacité de travail de la population et la productivité de l'économie. La prévention et la promotion de la santé permettent, par voie de conséquence, de prévenir les décès prématurés et les mises à la retraite anticipée liées à la maladie, de limiter les pertes de production liées à la maladie dans les entreprises, de préserver l'autonomie des personnes âgées, et d'éviter, ou en tout cas de retarder, la dépendance aux soins. Et, comme elles renforcent la culture sanitaire de la population, elles permettent également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut, à long terme, contribuer à freiner l'augmentation des coûts du système de santé.

Le présent projet de loi sur la prévention (LPrév) a pour objectif de donner des bases solides à l'organisation future de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce en Suisse, en particulier de renforcer la coordination et le pilotage des mesures, de clarifier la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, et de réorganiser les flux et le pilotage financiers ainsi que les compétences au niveau fédéral (création de l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé). Il n'a vocation ni à fixer les priorités futures de la prévention et de la détection précoce des maladies ni à définir de mesures spécifiques de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce.

⁵ L'étude EPIC (*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*) fait ressortir que le fait de ne pas fumer, de consommer de l'alcool de façon modérée, de consommer beaucoup de fruits et de légumes ou d'avoir une activité physique suffisante réduit le risque de décès. Elle montre en outre que les personnes qui respectent ces quatre règles d'hygiène à la fois présentent un risque de décès quatre fois inférieur à celui des personnes qui n'en respectent aucune. Cf. à ce sujet: Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al: Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS med* 5(1)2008: e12. doi:10.1371/journal.pmed.0050012 (en anglais uniquement).

1.2 Aperçu de la situation actuelle

1.2.1 Législation

Généralités

La législation en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce manque d'homogénéité et de clarté, et présente des lacunes importantes. Les dispositions légales (pour certaines fédérales et pour d'autres cantonales) s'appliquent uniquement à certains domaines et sont formulées de manière relativement imprécise, ou en tout cas très ouverte. Au niveau de la Confédération, la structure des normes constitutionnelles et légales est axée sur des thématiques, comme les catégories de produits ou les établissements d'assurances, et non sur les maladies ou les facteurs de risque.⁶

Législation sur les produits

De nombreuses lois fédérales du domaine de la santé règlent l'utilisation de certains produits dans le but de protéger la santé. En prescrivant par exemple un devoir d'information du public, elles apportent une contribution à la prévention et à la promotion de la santé de manière générale. Il s'agit notamment des lois sur les stupéfiants, les produits thérapeutiques, les produits chimiques, la radioprotection et les denrées alimentaires⁷. Mais ces lois contiennent aussi parfois des dispositions pouvant servir de base à des mesures spécifiques de prévention et de promotion de la santé dans le domaine concerné.

S'agissant de la législation sur les produits, il convient également de citer d'autres lois, relatives à d'autres domaines. Notamment la loi fédérale du 21 juin 1932 sur l'alcool (Lalc)⁸, qui contient en particulier des restrictions de vente, l'interdiction de vente aux enfants et aux adolescents et une limitation de la publicité pour les boissons distillées. Ainsi que la loi fédérale du 24 mars 2006 sur la radio et la télévision (LRTV)⁹, qui contient elle aussi des limitations relatives à la publicité radiophonique et télévisée pour les boissons alcoolisées, le tabac et les médicaments.

Législation fiscale

L'art. 43a Lalc oblige la Confédération à verser des subsides aux organisations et aux institutions qui luttent contre l'alcoolisme sur le plan national ou intercantonal. L'art. 131, al. 3, de la Constitution (Cst.)¹⁰ prévoit qu'un dixième du produit net de l'impôt sur les boissons distillées doit être versé aux cantons (dîme de l'alcool), et que ces derniers doivent utiliser les fonds ainsi perçus pour la prévention et la lutte contre l'abus de substances engendrant la dépendance.

⁶ Pour plus de détails, cf. Office fédéral de la santé publique: Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne, 28 septembre 2007, p. 15 ss et annexe 1, pp. 5 à 7 – accessible sous:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>.

⁷ Loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants (RS **812.121**); loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques (RS **812.21**); loi du 15 décembre 2000 sur les produits chimiques (RS **813.1**); loi du 22 mars 1991 sur la radioprotection (RS **814.50**); loi du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires (RS **817.0**).

⁸ RS **680**

⁹ RS **784.40**

¹⁰ RS **101**

La loi fédérale du 21 mars 1969 sur l'imposition du tabac (LTab)¹¹ pose les bases légales du financement du Fonds de prévention du tabagisme (FPT) au moyen d'une taxe pour la prévention prélevée sur les cigarettes (art. 28). Le FPT finance des mesures de prévention destinées à empêcher le début de la consommation de tabac, à promouvoir l'arrêt de cette consommation et à protéger la population du tabagisme passif.

Lutte contre des maladies spécifiques

La Confédération n'a que partiellement épuisé les compétences législatives que lui confère l'art. 118, al. 2, let. b, Cst. en matière de lutte contre les maladies, notamment en ce qui concerne les maladies transmissibles. Les mesures de lutte prévues par la loi du 18 décembre 1970 sur les épidémies (LEp)¹², telles que le devoir d'information pour empêcher la propagation de ces maladies, servent aussi à la prévention. C'est le cas, par exemple, de la campagne STOP SIDA, ou encore des recommandations de vaccination. Par ailleurs, différentes mesures prévues par la loi du 1^{er} juillet 1966 sur les épizooties (LFE)¹³ concernant la lutte contre les zoonoses servent également à la prévention.

Pour ce qui est des maladies non transmissibles, la Confédération n'a en revanche, jusqu'à présent, légiféré que dans le domaine des maladies rhumatismales. La loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales¹⁴ donne à la Confédération une base légale pour subventionner des organisations nationales de lutte contre les rhumatismes.

En réponse à l'initiative parlementaire Gutzwiller (04.476 Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif), la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a décidé, le 31 mai 2007, de régler la protection contre le tabagisme passif dans une nouvelle loi spéciale¹⁵. Cette loi a été adoptée par le Parlement le 3 octobre 2008¹⁶.

Assurance-maladie, assurance-accidents, sécurité et protection de la santé au travail

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹⁷ oblige les assureurs à gérer en commun avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, de coordonner et d'évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies: cette tâche est aujourd'hui assurée par la fondation Promotion Santé Suisse (cf. ch. 1.2.2 ci-dessous), dont les activités sont financées grâce au prélèvement d'un supplément sur les primes de l'assurance obligatoire des soins. Par ailleurs, elle prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens médicaux destinés à détecter précocement les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés.

11 RS 641.31

12 RS 818.101

13 RS 916.40

14 RS 818.21

15 Rapport de la CSSS-N du 1^{er} juin 2007, FF 2007 5853.

16 Loi fédérale du 3 octobre 2008 sur la protection contre le tabagisme passif, FF 2008 7483

17 RS 832.10

La loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)¹⁸ contient des prescriptions relatives à la sécurité au travail et à la prévention des accidents non professionnels qui sont étroitement liées à l'assurance-accidents obligatoire des travailleurs. Les mesures correspondantes sont, là aussi, financées par le prélèvement de suppléments sur les primes. La loi du 13 mars 1964 sur le travail (LTr)¹⁹ vise quant à elle la protection (ou la promotion) de la santé des travailleurs sur leur lieu de travail. Cette protection va plus loin que la simple prévention des accidents et couvre un éventail de risques plus large que la prévention des maladies professionnelles au sens de la LAA. Enfin, les mesures de prévention des accidents de la route sont régies par la loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR)²⁰ et la loi du 25 juin 1976 sur une contribution à la prévention des accidents²¹.

Dispositions cantonales

Tous les cantons possèdent des réglementations sur la prévention et la promotion de la santé, dont la portée et le degré de précision diffèrent cependant fortement selon les cas. Les dispositions concernées se trouvent dans les constitutions cantonales, dans les lois cantonales sur la santé et dans d'autres lois spéciales thématiques, dans des ordonnances et des règlements, ainsi que dans des conventions intercantionales²².

1.2.2 Acteurs et organisation

En Suisse, de nombreux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux s'engagent à l'échelle communale, cantonale et nationale en faveur de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce²³. Les institutions opérant au niveau fédéral sont en particulier actives dans la prévention des dépendances (alcool, tabac, drogues), dans la lutte contre les maladies transmissibles et dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique/du poids corporel sain. Mais elles sont également compétentes pour la prévention des accidents et maladies professionnels ainsi que pour la prévention des accidents non professionnels. Les cantons et les acteurs privés jouent pour leur part un rôle clé dans la prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques ainsi que dans la promotion de la santé. Les cantons sont en outre responsables de l'exécution de la loi sur les épidémies, de la loi sur les stupéfiants et de la législation sur le travail. Au niveau de la mise en œuvre, la structure fédérale de la Suisse a permis d'engranger une profusion d'expériences en ce qui concerne la conception et l'application de mesures concrètes

¹⁸ RS **832.20**

¹⁹ RS **822.11**

²⁰ RS **741.01**

²¹ RS **741.81**

²² Il est renoncé ici à présenter toutes les dispositions cantonales. Ces dernières sont néanmoins aisément accessibles par la base de données de l'Institut du fédéralisme, sous <http://www.lexfind.ch/index.php?ts=155729&lang=FR>. Pour plus d'informations: Politique nationale suisse de la santé: Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Berne, 2006.

²³ Cf. aussi à ce sujet Office fédéral de la santé publique: Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne, 28 septembre 2007, p. 19 ss et annexe 2, pp. 5 à 7 – accessible sous <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>.

de prévention et de promotion de la santé répondant aux différents besoins cantonaux et communaux.

Le tableau 3 ci-dessus présente les acteurs qui conçoivent et mettent en œuvre des mesures de prévention des maladies ou des accidents et des mesures de promotion de la santé sur la base de lois fédérales²⁴. Il n'indique ni les services fédéraux actifs dans le domaine de la protection de la santé et des consommateurs (sécurité des aliments, des produits thérapeutiques et des produits chimiques, radioprotection, protection de l'environnement) ni les offices fédéraux en charge d'autres domaines politiques touchant directement ou indirectement la santé, comme l'aménagement du territoire, les transports ou l'énergie (cf. à ce sujet commentaires relatifs aux art. 2, al. 2, let. e, et 3, let. h).

Tableau 3

Acteurs ayant un mandat légal fédéral (classés par ordre alphabétique)

Institution	Bases légales	Forme juridique	Domaines d'action
Bureau de prévention des accidents	LAA, art. 88	Fondation de droit privé	Prévention des accidents dans l'habitat, les loisirs et la circulation routière
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents	LAA, art. 61	Institution de droit public	Sécurité au travail, promotion de la santé en entreprise, prévention des accidents durant les loisirs
Caisses-maladie	LAMal, art. 19 et 26	Associations, coopératives ou caisses publiques, sociétés anonymes, fondations,	Cogestion de la fondation Promotion Santé Suisse, financement de prestations de prévention médicale
Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail	LAA, art. 85	Commission d'administration extra-parlementaire	Sécurité au travail (prévention des accidents et maladies professionnels)
Direction du développement et de la coopération	Org DFAE, LF sur la coopération au développement et l'aide humanitaire internationales	Unité de l'administration centrale	Prévention et promotion de la santé dans le cadre de la collaboration avec les pays en développement et de l'aide humanitaire internationales
Division politique V du DFAE	Org DFAE	Unité de l'administration centrale	Collaboration internationale
Fondation Promotion Santé Suisse	LAMal, art. 19	Fondation de droit privé	Poids corporel sain, promotion de la santé en entreprise
Fonds de prévention du tabagisme	LTab, art. 28, o sur le fonds de prévention du tabagisme	Fonds de droit spécial (géré par un service de l'OFSP)	Prévention du tabagisme
Fonds de sécurité routière	Loi sur une contribution à la prévention des accidents	Institution de droit public	Prévention des accidents de la route
Office fédéral des migrations	LAsi, art. 91	Unité de l'administration centrale	Promotion de prestations thérapeutiques et d'intégration pour requérants d'asile et réfugiés traumatisés

²⁴ Pour plus d'informations sur les activités des différents acteurs mentionnés, cf. Office fédéral de la santé publique, Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne 28 septembre 2007, annexe 3 – accessible sous: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>.

Institution	Bases légales	Forme juridique	Domaines d'action
Office fédéral des routes	Org DETEC, LCR, art. 2a	Unité de l'administration centrale	Prévention des accidents de la route
Office fédéral du sport	Org DDPS Loi fédérale du 17 mars 1972 encourageant la gymnastique et les sports (RS 415.0)	Unité de l'administration centrale	Promotion de l'activité physique
Office fédéral de la santé publique	Org DFI, lois spéciales	Unité de l'administration centrale	Prévention des maladies transmissibles, de l'abus de drogues et d'alcool et du tabagisme, alimentation et activité physique, migration et santé, collaboration internationale
Office fédéral des assurances sociales	LAI, art. 74 LAVS, art. 101 ^{bis}	Unité de l'administration centrale	Subventions aux ligues de santé
Office vétérinaire fédéral	Org DFE, loi sur les épizooties	Unité de l'administration centrale	Surveillance et lutte contre les zoonoses
Régie fédérale des alcools	Org DFF, Lalc, art. 43a	Institution de droit public	Prévention de l'alcoolisme
Secrétariat d'Etat à l'économie	Org DFE, LTr, LSIT	Unité de l'administration centrale	Protection de la santé au travail, promotion de la santé en entreprise

Formes d'organisation et modèles de collaboration

Les formes d'organisation et les modèles de collaboration sont réglés de manières très différentes en fonction des domaines et sont donc extrêmement variés. La plupart des structures organisationnelles ont une origine historique:

- La *prévention des accidents et maladies professionnels* est largement réglementée et bien organisée. La LAA²⁵ définit le rôle des organes d'exécution de la sécurité au travail (autorités de surveillance), règle la coordination entre ces organes, l'application obligatoire des dispositions et des directives ainsi que le financement de mesures concrètes. L'organe central de coordination dans ce domaine est la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST).
- Dans le domaine de la *prévention des accidents non professionnels*, le droit fédéral exige également une certaine coordination et un certain niveau de collaboration avec les autres institutions de prévention et de promotion de la santé. La coordination pour l'ensemble de la Suisse est assurée par le Bureau de prévention des accidents (bpa). La coordination des mesures de prévention des accidents de la route incombe au Fonds de sécurité routière (FSR).
- Concernant la *prévention et la détection précoce des maladies et la promotion de la santé*, l'organisation et la collaboration se révèlent plus confuses en raison notamment de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons. Mais l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la fondation Promotion Santé Suisse assurent, à travers leurs programmes

²⁵ RS 832.20

nationaux de prévention et leurs stratégies à long terme sur des thèmes-clés, une certaine coordination dans leurs domaines de compétence.

Acteurs directement concernés par les conséquences organisationnelles de la loi sur la prévention

- *Office fédéral de la santé publique*: l'OFSP a pour tâches de protéger et de promouvoir la santé en tant que bien-être général sur les plans physique, psychique et social, et de fournir à la population et aux acteurs de la santé les informations nécessaires sur les questions concernant la santé et l'évolution de cette dernière.²⁶ Il est responsable de la législation et de la surveillance se rapportant au contrôle des maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses et à la lutte contre ces maladies, notamment à la prévention des dépendances. En 1983, l'office s'est doté d'un service chargé de coordonner la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie, et n'a pas cessé depuis d'intensifier ses efforts de prévention. Cinq programmes nationaux de prévention (alcool, tabac, alimentation et activité physique, VIH/sida, migration et santé) sont actuellement menés sous sa houlette.
- *Fonds de prévention du tabagisme (FPT)*: la LTab dispose, à l'art. 28, al. 2, let. c²⁷, que le fonds de prévention du tabagisme doit être administré par une organisation de prévention sous la surveillance de l'OFSP et en collaboration avec l'Office fédéral du sport. Dans le cadre de l'élaboration de l'ordonnance du 5 mars 2004 sur le fonds de prévention du tabagisme (OFPT)²⁸, les différentes formes d'organisation possibles ont été soumises à une évaluation juridique et économique approfondie, sur la base de laquelle le Conseil fédéral a décidé de renoncer à la création d'une fondation de droit privé et de privilégier la solution d'un service interne à l'administration, rattaché à l'OFSP et placé sous la surveillance du Département fédéral de l'intérieur (DFI). La surveillance financière du fonds est assurée par le Contrôle fédéral des finances (CDF) conformément à la loi du 28 juin 1967 sur le Contrôle des finances²⁹. Ses actifs sont gérés séparément par l'Administration fédérale des finances (AFF)³⁰. Ces mesures juridiques et organisationnelles visent à garantir l'autonomie du fonds malgré son rattachement à l'OFSP.

Trois ans après l'entrée en vigueur de l'OFPT, le FPT a été soumis à une évaluation externe (art. 14, al. 2, OFPT). Cette évaluation s'est achevée le 27 novembre 2007 avec la publication du rapport final «Evaluation externe du Fonds de prévention du tabagisme»³¹. Celui-ci conclut, en substance, que le FPT est bien organisé et ne présente aucun dysfonctionnement exigeant une réorganisation urgente, mais qu'il sera nécessaire à moyen terme de le

²⁶ Cf. art. 9 de l'ordonnance du 28 juin 2000 sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur (RS 172.212.1)

²⁷ RS 641.31

²⁸ RS 641.316

²⁹ RS 614.0

³⁰ Art. 60 à 62 de la loi du 7 octobre 2005 sur les finances (RS 611.0).

³¹ Evaluation externe du fonds de prévention du tabagisme. Rapport final du 26 novembre 2007 – accessible sous:
http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00878/index.html?lang=fr

doter non seulement d'une nouvelle base et d'une conduite stratégiques allant au-delà du programme national de prévention du tabagisme³² (seule base stratégique actuellement) mais aussi d'une mise en œuvre définitive. Le Conseil fédéral a pris acte du rapport le 18 juin 2008 et a décidé que la question de la conduite stratégique du fonds devait être clarifiée dans le cadre des travaux relatifs à la loi sur la prévention.

- *Fondation Promotion Santé Suisse*: suite à l'échec de la première proposition de loi fédérale sur la prévention (cf. ch. 1.4.1 ci-dessous), la Confédération et les cantons se sont associés en 1989, sur proposition du canton de Vaud, pour créer la «Fondation Suisse pour la Promotion de la Santé». Jusqu'en 1997, celle-ci faisait office de petite agence intercantonale, dotée d'un budget annuel de l'ordre de 1,2 million de francs qui lui a permis de mettre sur pied un service de collecte et de coordination des informations relatives aux mesures de promotion de la santé. Le 1^{er} janvier 1996, suite à l'entrée en vigueur des art. 19 et 20 LAMal³³, les assureurs et cantons chargés de créer l'institution prévue par ces nouvelles dispositions ont repris les structures formelles de la fondation existante et les ont adaptées aux nouvelles exigences légales, pour aboutir à une fondation – baptisée «Fondation 19» en référence à l'art. 19 LAMal – conservant son statut d'organisation de droit privé, disposant d'un mandat légal fédéral, placée sous la surveillance de la Confédération. L'organe de direction (conseil de fondation) est nommé par le DFI. Cette nouvelle fondation a débuté ses activités le 1^{er} janvier 1998, avec pour principal mandat de stimuler, de coordonner et d'évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies (art. 19, al. 2, LAMal). Elle est financée par la contribution prévue à l'art. 20 LAMal pour la prévention générale des maladies et perçue de chaque assuré obligatoire (en vertu de l'art. 20, al. 2, LAMal, le montant de la contribution, qui est actuellement de 2 fr. 40 par an, est fixé par le DFI sur proposition de la fondation). En 2002, la fondation a fait l'objet d'une réorganisation et s'appelle, depuis 2003, «Promotion Santé Suisse».

À l'automne 2004, la société de conseil PricewaterhouseCoopers a réalisé une expertise complète de la fondation Promotion Santé Suisse sur mandat du DFI. Ce faisant, elle s'est notamment attachée à évaluer la façon dont la fondation organise l'attribution des fonds ainsi que l'impact et l'utilité de ses activités. Sur la base du rapport d'expertise daté du 22 avril 2005³⁴ et des recommandations y figurant, la fondation a, d'une part, investi dans l'amélioration de la valorisation des résultats de l'évaluation et, d'autre part, élaboré une stratégie à long terme (horizon 2018) visant une meilleure focalisation de l'attribution des fonds. Cette stratégie, qui a été approuvée par le conseil de fondation le 19 janvier 2006, définit un objectif stratégique fondamental, qui est de «renforcer la promotion de la santé et la prévention»,

³² Programme national tabac 2008–2012 (PNT 2008–2012) – accessible sous:
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=fr>

³³ RS 832.10

³⁴ Accessible sous:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=fr>

ainsi que deux domaines d'action prioritaires, qui sont «Poids corporel sain» et «Santé psychique – stress»³⁵.

Autres services fédéraux touchés par les conséquences organisationnelles de la loi sur la prévention

Dans le domaine de la promotion de la santé, l'Office fédéral du sport (OFSP)³⁶ a surtout mis sur pied des projets liés à la promotion de l'activité physique, avec pour double objectif d'offrir aux sportifs et aux moins sportifs des conditions favorables à l'exercice de leurs activités, et d'encourager les inactifs à faire de l'exercice. La promotion de l'activité physique ne vise pas seulement une amélioration de la santé mais aussi à ce que les effets positifs de ladite activité se répercutent également sur la qualité de vie, sur la formation globale, sur les compétences sociales et sur l'intégration. Avec le programme Jeunesse+Sport-Kids, il entend désormais s'adresser aussi aux enfants âgés de cinq à dix ans³⁷.

Le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)³⁸ traite de questions liées à la protection de la santé sur le lieu de travail: il soutient notamment le Monitoring Travail et Santé en Suisse, et encourage en outre l'instauration de normes visant à préserver la santé physique et psychique des travailleurs et donc à prévenir les maladies associées au travail, telles que les douleurs dorsales et articulaires ainsi que les troubles liés au stress. A l'instar de la Caisse nationale d'assurance (CNA), le SECO s'engage également pour la promotion de la santé en entreprise.

La Régie fédérale des alcools (RFA)³⁹, conformément à l'art. 43a Lalc⁴⁰, soutient les organisations qui travaillent dans les domaines de la prévention et de la recherche et qui luttent contre l'abus d'alcool, notamment l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) et à la fondation RADIX.

1.2.3 Financement

En 2007, la Suisse a investi au total 55,34 milliards de francs dans son système de santé, soit 10,8 % du produit intérieur brut (PIB) enregistré cette année-là. Ces 55,34 milliards de francs ont été consacrés à hauteur de 93 % (51 milliards de francs) à la prise en charge médicale de la population. Selon les statistiques, les dépenses consacrées à la prévention représentaient 2,3 % en 2005 (1,28 milliard de francs). Ce dernier chiffre place la Suisse en dessous de la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui est de 2,7 %. Les pays qui se trouvent au-dessus de cette moyenne sont les Pays-Bas

³⁵ Accessible sous:
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/gesundheitsfoerderung_promotion_s_tuerken/Allgemeines/Langfr_Strategie_f.pdf

³⁶ Cf. aussi art. 15 de l'ordonnance du 7 mars 2003 sur l'organisation du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (Org-DDPS, RS 172.214.1).

³⁷ Cf. à ce sujet http://www.jugendundsport.ch/internet/js/fr/home/schwerpunkte/j_s-kids.html

³⁸ Cf. aussi art. 5 de l'ordonnance du 14 juin 1999 sur l'organisation sur Département fédéral de l'économie (Org DFE, RS 172.216.1).

³⁹ Sur les objectifs de la RFA, cf. art. 25 de l'ordonnance du 11 décembre 2000 sur l'organisation du Département fédéral des finances (Org DFF, RS 172.215.1).

⁴⁰ RS 680

(5,5 %), la Hongrie (5,0 %), l'Allemagne (4,8 %), les Etats-Unis (3,9 %), la Finlande (3,8 %), la Pologne (3,4 %), le Mexique (3,3 %), l'Australie (3,1 %) et la République tchèque (2,9 %) ⁴¹.

Tandis que le total des investissements dans le système de santé suisse a crû de 45,9 %, soit de 17,40 milliards de francs, entre 1996 et 2007, les dépenses de prévention et de promotion de la santé ont augmenté au cours de la même période de 28 %, c'est-à-dire de 280 millions de francs. La part des dépenses de prévention dans le total des investissements a ainsi diminué, passant de 2,6 % en 1996 à 2,3 % en 2007.

Ces indications se basent sur les statistiques des finances publiques de l'AFF, lesquelles n'apportent toutefois que des renseignements limités sur les dépenses de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce: on ne dispose, ni à l'échelle cantonale ni à l'échelle fédérale, d'aucune définition homogène des dépenses publiques qui doivent être comptabilisées sous la rubrique «prévention et promotion de la santé», ce qui peut entraîner une distorsion des données statistiques.

Tableau 4

Dépenses pour la prévention effectuées par les différents contributeurs directs⁴²

Contributeurs directs	2006 millions CHF	2007 millions. CHF	2006 Part en %	2007 Part en %
Confédération	53,3	160,0 ¹	4,7	12,5
Cantons ²	250,5	257,5	21,9	20,1
Communes ²	129,0	129,0	11,3	10,1
Assurances sociales	298,0	307,0	26,1	23,9
dont – LAMal ³	17,5	18,7	1,5	1,5
– LAA ⁴	122,2	123,4	10,7	9,6
– AVS/AI ⁵	158,3	164,8	13,9	12,9
Ménages privés ²	175,3	184,1	15,4	14,4
Autres financements privés ²	235,2	244,9	20,6	19,1
Total⁶	1 141,4	1 282,5	100,0	100,0

¹ La hausse enregistrée par rapport à 2006 est due, d'une part, à l'achat de vaccins pour combattre une pandémie de grippe (70 millions de francs), et d'autre part, à une modification de la codification des dépenses fédérales.

² L'utilisation n'est pas connue avec précision; les chiffres indiqués pour les dépenses 2007 des communes sont encore provisoires.

³ Dépenses de la fondation Promotion Santé Suisse; ne sont pas indiquées les prestations liées à des mesures de prévention médicale et de détection précoce au sens de l'art. 26 LAMal⁴³.

⁴ Dépenses des organes d'exécution de la sécurité au travail et des organes de prévention des accidents non professionnels

⁴¹ Office fédéral de la santé publique: Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne, 28 septembre 2007, p. 28 – accessible sous <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>.

⁴² Office fédéral de la statistique: Statistique du coût et du financement du système de santé 2006 et 2007.

⁴³ RS 832.10

- 5 Subventions de l'AI et de l'AVS aux organisations privées d'aide aux handicapés; les subventions de l'AVS aux organisations d'ainés ne sont pas comprises dans les sommes indiquées.
- 6 Sans les prestations de la RFA, du Fonds de sécurité routière et du FPT

Tableau 5

Dépenses pour la prévention et la promotion de la santé effectuées en 2007 à l'échelle fédérale (hors frais de personnel)⁴⁴

Source de financement	Institution et utilisation des fonds	Dépenses 2007
Ressources générales de la Confédération	Office fédéral de la santé publique – Crédit de prévention – Subventions à la Ligue pulmonaire suisse – Subventions à la Ligue suisse contre le rhumatisme – Subventions à la Société Suisse de Nutrition Office fédéral des migrations Office fédéral du sport Office fédéral des routes Office vétérinaire fédéral Secrétariat d'Etat à l'économie	27,20 millions 25,66 millions 0,60 million 0,64 million 0,30 million 0,60 million Dépenses non chiffrables ¹ Dépenses non chiffrables ² Dépenses non chiffrables ³ 0,40 million
Impôt sur l'alcool	Régie fédérale des alcools (sans la dîme de l'alcool)	1,80 million
Taxe pour la prévention du tabagisme	Fonds de prévention du tabagisme	14,72 millions
Supplément sur la prime d'assurance accident professionnel	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail – Dépenses pour les activités propres – Dépenses de la SUVA (sécurité au travail) – Dépenses des organisations spécialisées et des inspections cantonales du travail – Dépenses du Secrétariat d'Etat à l'économie (inspection fédérale du travail)	106,47 millions 1,64 million 92,86 millions 11,27 millions 0,70 million
Supplément sur la prime d'assurance accident non-professionnel	Bureau de prévention des accidents Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (sécurité des loisirs, y compris frais de personnel)	27,56 millions 6,54 millions
Supplément de prime d'assurance responsabilité civile véhicules à moteur	Fonds de sécurité routière	19,18 millions
Supplément de prime LAMal	Fondation Promotion Santé Suisse	15,29 millions

⁴⁴ Sources: rapports annuels 2007 et indications des acteurs concernés.

Source de financement	Institution et utilisation des fonds	Dépenses 2007
Subventions de l'assurance-invalidité ⁴	Office fédéral des assurances sociales – Subventions à l'Aide Suisse contre le sida – Subventions à la Ligue suisse contre le cancer – Subventions à la Ligue pulmonaire suisse – Subventions à la Ligue suisse contre le rhumatisme – Subventions à l'Association Suisse du diabète – Subventions à la Société Suisse pour la Mucoviscidose (fibrose kystique) – Subventions à la fondation Pro Mente Sana	16,06 Mio. 0,40 million 3,07 millions 6,59 millions 2,63 millions 0,76 million 0,29 million 1,29 million
Primes LAMal	Caisses-maladie; santésuisse (prévention médicale)	Dépenses non chiffrables ⁵
Total		234,82 millions

- ¹ Sachant que les mesures de l'OFSPo visent, à travers le renforcement du sport et de l'activité physique, à soutenir les capacités fonctionnelles et la santé de la population, il est impossible de distinguer clairement les dépenses de prévention des autres dépenses.
- ² L'Office fédéral des routes a pour mission de rendre la mobilité sur les routes aussi sûre que possible. La prévention des accidents ne constitue donc pas sa seule activité. Aussi, il est impossible de chiffrer précisément les dépenses effectuées par l'office dans ce domaine en particulier.
- ³ Les dépenses engagées par l'Office vétérinaire fédéral (OVF) en faveur de la prévention des zoonoses ne peuvent être chiffrées avec précision, car il est impossible de les extraire complètement des dépenses globales de l'OVF pour la lutte et la prévention contre les maladies animales.
- ⁴ En vertu de l'art. 101^{bis} de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS)⁴⁵, l'assurance-invalidité verse également des subventions annuelles à l'Association Alzheimer Suisse, à Parkinson et à la Croix-Rouge suisse. Sachant néanmoins qu'elles ne sont pas explicitement destinées à des mesures de prévention ou de promotion de la santé, ces subventions n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus.
- ⁵ Les coûts des prestations de médecine préventive obligatoirement prises en charge en vertu de l'art. 26 LAMal⁴⁶ ne sont pas relevés séparément dans les statistiques des assureurs.

En 2007, les dépenses totales des acteurs ayant un mandat légal fédéral (cf. tableau 3) se sont montées à environ 234 millions de francs (cf. tableau 5). On notera qu'une grande partie de ces dépenses ne sont pas financées par le budget de la Confédération. Ce qui explique que ce chiffre diffère de celui indiqué au tableau 4 concernant les dépenses de la Confédération.

L'absence de définition homogène mentionnée plus haut et l'hétérogénéité des structures des comptes publics font qu'il est impossible de comparer précisément les dépenses de prévention et de promotion de la santé des différents cantons. D'après les chiffres disponibles, la part de ces dépenses dans les dépenses totales des cantons pour la prise en charge médicale s'est élevée en 2007 à 3,3 % en moyenne. Cette même année, les cantons ont investi au total 257,5 millions de francs dans la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce. Les fonds concernés sont allés,

⁴⁵ RS 831.10

⁴⁶ RS 832.10

entre autres, à la santé scolaire, à des projets et à des institutions de prévention et de promotion de la santé (en particulier à des projets portant sur les dépendances et à des institutions travaillant sur cette question) et aux ligues cantonales de santé.

1.2.4 Efficacité de la prévention et de la promotion de la santé

Les services fédéraux sont tenus d'assurer que leurs politiques, stratégies et mesures sont adéquates, efficaces et économiques. Afin de souligner l'importance de ce principe, l'évaluation de l'efficacité a été inscrite à l'art. 170 Cst.

Tous les acteurs mentionnés ci-dessus vérifient régulièrement l'efficacité de leurs actions par le biais d'évaluations. Les résultats de ces évaluations montrent que les mesures prises sont en général adéquates et efficaces. Et une analyse croisée de diverses de ces mêmes évaluations fait ressortir que les facteurs suivants jouent un rôle essentiel dans l'efficacité des mesures de prévention et de promotion de la santé:

- élaboration d'un train de mesures complet, s'adressant à la fois à la population dans son ensemble, à des groupes cibles spécifiques et à des individus déterminés⁴⁷,
- intégration de campagnes médiatiques dans les programmes, les plans d'action et les stratégies de politique de santé;
- prise en compte des différents milieux de vie (école, lieu de travail, etc.) et implication des différents partenaires;
- utilisation de différents messages et stratégies en fonction du public visé (population dans son ensemble, groupes de personnes, individus);
- lancement d'actions visant à modifier les normes sociales (p. ex., à établir le fait de ne pas fumer comme nouvelle évidence sociale) et à orienter les individus vers un comportement préventif et un mode de vie salutogène;
- introduction de mesures légales et d'instruments de pilotage spécifiques comme le prélèvement d'impôts d'incitation, les restrictions de vente ou taxes, mais aussi la création d'incitations positives telles que des subventions ou des contributions à des projets).

Comme les calculs de l'OMS le prouvent, les mesures structurelles entre autres (p. ex., l'imposition des cigarettes et des boissons alcoolisées, telles que bière, spiritueux et alcopops) ont un effet très bénéfique sur les coûts⁴⁸. L'OCDE et l'OMS recommandent donc dans leur rapport sur le système de santé suisse que la priorité soit donnée aux mesures dont l'efficacité sur les coûts est prouvée⁴⁹. Cependant, les mesures de prévention structurelles peuvent avoir des conséquences négatives pour

⁴⁷ Les mesures en question peuvent se révéler encore plus efficaces si elles sont déployées simultanément à l'échelle individuelle, locale et nationale, et si elles sont combinées avec des mesures d'éducation à la santé à plus long terme.

⁴⁸ Cf. à ce sujet www.who.int/choice et Office fédéral de la santé publique: Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne, 28 septembre 2007, p. 45 ss, consultable à l'adresse suivante:

⁴⁹ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>
OCDE et OMS: Rapport sur le système de santé suisse. Paris, 2006, p. 161.

les entreprises concernées, voire restreindre la liberté économique, et suscitent donc souvent des controverses au niveau politique. De telles mesures impliquent deux exigences: toujours signaler à temps d'éventuels conflits d'objectifs et peser avec soin l'intérêt public que constitue la protection sanitaire de la population ou de certains groupes de personnes contre des maladies transmissibles, très répandues ou dangereuses, par rapport à celui de la protection de l'économie. Si l'on veut faire passer le bien de la santé publique avant les intérêts liés aux impératifs économiques, l'Etat doit alors utiliser son pouvoir de limiter les intérêts privés.

1.3 Faiblesses du système actuel et mesures nécessaires

Le système actuel de prévention et de promotion de la santé présente une faiblesse notable: contrairement aux trois piliers de la prise en charge médicale des malades (traitement, rééducation et soins), la prévention et la promotion de la santé ne sont actuellement – à l'exception de la lutte contre les maladies transmissibles, de la prévention des toxicomanies, de la prévention des maladies professionnelles ainsi que de la prévention des accidents – pas suffisamment ancrées au niveau conceptuel, politique, organisationnel ou juridique. Cette faiblesse structurelle a pour effet que la prévention des maladies et la promotion de la santé manquent bien souvent de pilotage et de coordination, mais aussi de transparence pour ce qui est des offres et des prestations. Il faut ajouter à cela que le partage des compétences a conduit à un éparpillement des mesures, qui sont extrêmement nombreuses malgré l'absence d'ancrage évoqué. On sait pourtant que l'action de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ne peut être réellement efficace et durable, et l'utilisation des ressources vraiment efficiente, que lorsqu'une coordination nationale est assurée et que des priorités sont fixées.

En conséquence, des mesures sont notamment nécessaires dans les domaines suivants:

Elimination des lacunes dans la législation fédérale

Aujourd'hui, la Confédération ne dispose pas – en dépit du mandat qui lui est confié par l'art. 118, al. 2, Cst. – des bases légales dont elle aurait besoin pour pouvoir agir dans le domaine de la prévention et de la détection précoce des maladies non transmissibles et des maladies psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses. Or, au vu de l'importance desdites maladies pour la santé publique et de leur impact sur l'évolution des coûts de santé (cf. ch. 1.1 ci-dessus), il faut combler cette lacune. Même si la prévention des maladies en question passe essentiellement par des mesures volontaires axées sur la responsabilisation et l'information, les principes constitutionnels (principe de la légalité) exigent de meilleures bases juridiques y compris en ce qui les concerne.

Nécessité d'une stratégie globale de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce

La situation actuelle se caractérise par l'absence de stratégie globale, c'est-à-dire d'objectifs globaux, dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. Elle est source de confusion, dans la mesure où chaque domaine est soumis à des règles d'organisation et de collaboration particulières, où chaque acteur base son action sur des lois spéciales différentes, et où chaque canton

définit ses propres priorités. Et se trouve en outre être à l'origine non seulement de nombreux chevauchements de compétences et redondances mais aussi de nombreuses lacunes (notamment dans le domaine de la prévention et de la détection précoce des maladies psychiques).

Renforcement du rôle de la Confédération et clarification de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

Dans les domaines où s'est instaurée, sur la base de lois spéciales, une tradition de collaboration et de répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (p. ex., prévention des dépendances, lutte contre les maladies transmissibles), l'action commune fonctionne bien. En revanche, sur un certain nombre de questions nouvelles, comme la prévention des maladies psychiques, l'introduction généralisée de mesures de dépistage des maladies cancéreuses, ou encore l'harmonisation des mesures de prévention de la dépendance aux soins, elle est (encore) inexistante, notamment en raison de l'absence de base légale fédérale. Cette situation lacunaire a en particulier pour conséquence de susciter des incertitudes, y compris parmi les organisations privées de santé et de prévention. Aussi, beaucoup de cantons souhaitent que la Confédération joue un rôle plus actif dans l'accomplissement des tâches complexes, en priorité dans l'accomplissement des tâches de portée nationale relevant de l'expertise, de l'information et de la coordination de l'exécution.

Amélioration du pilotage politique concernant l'utilisation des prélèvements pour la prévention

Les modalités actuelles de pilotage et d'utilisation des prélèvements pour la prévention – en particulier les modalités de la gestion du supplément de prime LAMal par la fondation Promotion Santé Suisse (cf. ch. 1.2.2 ci-dessus) – ne sont pas propices à une optimisation de l'utilisation des fonds. De plus, les délimitations entre la surveillance (contrôle politico-légal), l'attribution de fonds et la mise en œuvre manquent souvent de clarté.

La fondation Promotion Santé Suisse est surveillée par le DFI: elle doit présenter son budget, ses comptes et son rapport d'activités à l'OFSP pour approbation (art. 20, al. 3, LAMal⁵⁰). L'orientation stratégique, toujours dans le cadre des dispositions légales, est du ressort des organes de la fondation. La Confédération, sans base légale pertinente, ne dispose quasiment pas de moyens d'intervention.

En outre, l'évaluation du FPT achevée en novembre 2007 (cf. ch. 1.2.2 ci-dessus) a conclu à la nécessité d'optimiser les bases et la conduite stratégiques du fonds.

Indépendamment de cela, le partage de la gestion des prélèvements pour la prévention entre deux organisations distinctes (alors que la taxe pour la prévention du tabagisme est gérée par un service de l'OFSP [le FPT], le supplément de prime LAMal est administré par une fondation de droit privée dirigée par les assureurs et les cantons [fondation Promotion Santé Suisse]) engendre des problèmes de pilotage et de coordination, et n'est en outre pas conforme aux directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise.

Elargissement du financement des organisations de santé et de prévention

Les ligues de santé et d'autres organisations à but non lucratif jouent un rôle déterminant dans la prévention et la détection précoce de différentes maladies ainsi que dans la promotion de la santé. Toutefois, les organisations ne bénéficiant pas d'aides financières en vertu de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)⁵¹ ou de la loi fédérale du 22 juin 1962⁵² concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales, ne peut recevoir aucune aide de l'Etat en raison de cette absence de bases légales. Cette lacune doit être comblée.

1.4 Motifs de la nouvelle réglementation

1.4.1 Efforts de réforme déployés dans les années 80

Dans son message du 22 mars 1978 sur l'initiative populaire contre la publicité pour des produits qui engendrent la dépendance (initiative dite des Bons Templiers), le Conseil fédéral a annoncé son intention de soumettre aux Chambres fédérales un projet de loi sur la prévention durant la législature 1979 à 1983⁵³. Cette loi était essentiellement censée régler la prévention par le biais de l'éducation à la santé et d'autres mesures similaires. Peu après, le Conseil national et le Conseil des États ont demandé au Conseil fédéral, par la motion Schaffner du 21 juin 1978, d'intensifier les travaux préparatoires à une loi de prévention des toxicomanies et de soumettre le projet de loi correspondant dès que possible au Parlement.

Le 13 septembre 1979, un groupe de travail mis en place par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a été chargé d'élaborer un rapport devant, entre autres, clarifier les effets d'un tel projet sur les relations entre la Confédération et les cantons ainsi que ses conséquences financières. Le groupe de travail en question a remis son rapport définitif au Conseil fédéral le 15 septembre 1982⁵⁴.

Sur la base des résultats de la procédure de consultation, et en particulier du rejet de presque tous les cantons, le Conseil fédéral a renoncé à élaborer une loi sur la prévention⁵⁵. En lieu et place, il a, le 3 décembre 1984, demandé au DFI de réfléchir à la mise en place d'un fonds de prévention destiné, d'une part, à soutenir financièrement les organisations et services spécialisés (déjà en place ou à créer) s'occupant de prévention au niveau national et, d'autre part, à améliorer l'information de la population sur les questions de prévention des maladies en renforçant les services de documentation. Cette décision a été mise en œuvre en 1989, lorsque, sur proposition du canton de Vaud, la Confédération et les cantons se sont associés pour créer la «Fondation Suisse pour la Promotion de la Santé» (cf. ch. 1.2.2). Après l'échec de la

⁵¹ RS 831.20

⁵² RS 818.21

⁵³ FF 1978 I 1105 ss – L'initiative populaire a été rejetée par 59 % des votants à l'occasion de la votation populaire du 18 février 1979.

⁵⁴ Groupe de travail pour l'élaboration des bases d'une loi fédérale sur la prévention des maladies (Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Grundlagen für ein Bundesgesetz über Krankheitsvorbeugung): rapport sur les travaux préliminaires à la création d'une loi fédérale sur la prévention des maladies (rapport en allemand uniquement, intitulé «Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung»). Berne, août 1982.

⁵⁵ FF 1984 I 182 et 244 (décision concernant les grandes lignes de la politique gouvernementale du 13 janvier 1984).

première proposition de loi fédérale sur la prévention en 1984, la politique de la santé a continué de se concentrer principalement sur la médecine curative et le financement des systèmes de soins. En raison des nouveaux défis qui se posent à elle – évolution démographique, augmentation des maladies chroniques et apparition ou réapparition de maladies infectieuses –, on constate cependant depuis quelque temps, et ce sur le plan fédéral comme dans les cantons, que des efforts sont faits pour renforcer la prévention et la promotion de la santé.

1.4.2 Genèse de la nouvelle réglementation

Convaincu que l'état de santé relativement bon de la population suisse ne peut être maintenu à long terme qu'à condition de fixer de nouvelles priorités de politique de santé, y compris dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, le DFI a, à l'automne 2004, chargé l'OFSP de procéder à un examen critique des réglementations légales existantes en matière de prévention et de promotion de la santé dans la perspective d'une éventuelle nouvelle «loi sur la prévention». L'office est arrivé à la conclusion qu'une «loi sur la prévention» pouvait être réalisée sur la base de la Constitution (art. 118 Cst.).

Commission spécialisée «Prévention + Promotion de la santé»

En conséquence, le DFI a, le 5 septembre 2005, mis en place la Commission spécialisée «Prévention + Promotion de la santé» (Commission spécialisée PPS2010), et lui a donné pour mission d'examiner les conditions de fond et de forme et la faisabilité politique d'une nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé. La Commission spécialisée PPS2010 lui a présenté en juin 2006 un rapport sur l'avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse, lequel contient entre autres des recommandations sur les mesures à prendre pour renforcer la prévention et la promotion de la santé⁵⁶. Il s'agit en particulier des recommandations suivantes:

- renforcement de la prévention et de la promotion de la santé dans le système de santé et dans la politique de santé, mais aussi dans d'autres domaines politiques, tels que la politique de l'environnement, la politique de l'éducation, la politique économique ou la politique sociale;
- établissement d'un processus structuré, participatif et continu d'élaboration d'objectifs de santé nationaux dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé afin d'améliorer le pilotage et la coordination des mesures prises;
- prise en compte du principe de subsidiarité au niveau de la mise en œuvre et des mesures (pluralité des acteurs) et renforcement des tâches et des compétences des assureurs sociaux (AMal, AA, AI);
- création d'une institution de prévention des maladies et de promotion de la santé active à l'échelle nationale (rassemblement des institutions actuelles),

⁵⁶ Avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. Rapport de la Commission spécialisée «Prévention + Promotion de la Santé» à l'attention du Département fédéral de l'intérieur, Berne, juin 2006 – accessible sous: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>.

regroupement des sources financières existantes et assouplissement des règles d'affectation des impôts à la consommation;

- promulgation d'une loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi-cadre) et d'une loi fédérale sur la lutte contre les maladies non transmissibles (en particulier également contre les troubles psychiques);
- évaluation systématique des décisions politiques et actes juridiques quant à leur impact sur la santé.

Rapport sur la Suisse de l'OCDE et de l'OMS

Au printemps 2005, le chef du DFI a demandé à l'OCDE et à l'OMS de réaliser une étude sur le système de santé suisse. Dans le cadre de cette étude, les deux organisations ont analysé non seulement le système de soins mais aussi le secteur de la santé publique.

Les résultats de l'étude en question ont été publiés en octobre 2006 dans le rapport de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse⁵⁷. Dans ce rapport, les deux organisations parviennent à la conclusion que la Suisse devrait rechercher un meilleur équilibre entre la médecine curative et la prévention, d'autant plus que, en dépit d'un nombre important de programmes et de projets, la dispersion des compétences dans ce dernier domaine a conduit à des activités disparates et très mal coordonnées. Pour améliorer le système, elles ont proposé, entre autres, les mesures suivantes:

- coordonner les politiques par le biais d'une loi-cadre sur la prévention et la promotion de la santé;
- se concentrer sur les domaines les plus importants en termes de santé publique (p. ex., prévention du tabagisme, consommation d'alcool, stratégie du sel) ou ayant fait l'objet d'une attention insuffisante par le passé (p. ex., santé mentale, alimentation équilibrée et activité physique régulière);
- promouvoir des mesures de prévention ayant un bon rapport coût-bénéfice;
- élargir certains programmes de détection précoce du cancer, en particulier celui concernant le cancer du sein;
- créer des incitations à l'investissement dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Mandat législatif de septembre 2007

Le Conseil fédéral a suivi les recommandations de la Commission spécialisée PPS2010 et des experts de l'OCDE et de l'OMS. Le 28 septembre 2007, il a en effet chargé le DFI d'élaborer, pour l'automne 2008, un avant-projet des bases légales nécessaires, tenant compte des travaux préparatoires et des recommandations de la commission et des deux organisations internationales⁵⁸.

Le mandat du Conseil fédéral précisait que les nouvelles bases légales devraient en particulier régler les aspects suivants:

⁵⁷ OCDE et OMS: rapport de l'OCDE sur le système de santé suisse. Paris, 2006.

⁵⁸ Cf. à ce sujet communiqué de presse du Département fédéral de l'intérieur du 28 septembre 2007 (<http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=14881>).

- mesures de la Confédération et des cantons en matière de prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses (art. 118, al. 2, let. b, Cst.);
- coordination et orientation commune des activités de prévention et de promotion de la santé de la Confédération, des cantons et des acteurs privés à travers la formulation collective d'objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé;
- coordination des activités de prévention et de promotion de la santé des services fédéraux à travers la définition d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé par le Conseil fédéral;
- simplification et réorganisation des structures de prévention dans le respect des principes de gouvernement d'entreprise définis par le Conseil fédéral⁵⁹, notamment réforme de la gestion des prélèvements pour la prévention (perçus en vertu de l'art. 28 LTab⁶⁰ [taxe pour la prévention du tabagisme] et de l'art. 20 LAMal⁶¹ [supplément de prime LAMal]) et adaptation des bases légales existantes.

2 **Présentation de l'objet**

2.1 **Solutions examinées**

Au cours des travaux préparatoires, plusieurs solutions ont été examinées mais ont finalement été rejetées pour les motifs développés ci-dessous.

Nouvelle disposition constitutionnelle

La Commission spécialisée PPS2010 (cf. ch. 1.4.2 ci-dessus) a mis en évidence que le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé devrait nécessairement passer par la création de nouvelles bases légales. Elle a également proposé d'inscrire la promotion de la santé dans la Constitution, dans le catalogue des buts sociaux (art. 41 Cst.) ou dans l'article relatif à la protection de la santé (art. 118, al. 1, Cst.). Ainsi, l'importance de la promotion de la santé, et par là-même la responsabilité de la Confédération quant à la conduite d'une politique dans ce domaine, est renforcée⁶².

Or, dès les premiers stades des travaux préparatoires, il a été constaté que les bases constitutionnelles existantes (en particulier les art. 117 et 118, al. 2, Cst.) étaient suffisantes pour assurer l'ancrage légal de l'axe central de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, à savoir la lutte contre les maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses et la réduction des coûts de santé en découlant. Par conséquent, on a renoncé à procéder à la modification constitutionnelle proposée par la commission.

⁵⁹ Rapport du 13 septembre 2006 sur le gouvernement d'entreprise; FF **2006** 7799

⁶⁰ RS **641.31**

⁶¹ RS **832.10**

⁶² Avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. Rapport de la Commission spécialisée «Prévention + Promotion de la Santé» à l'attention du Département fédéral de l'intérieur, Berne, juin 2006; p. 34 – accessible sous: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>.

Intégration de la prévention des accidents dans le champ d'application

Dans ses recommandations, la Commission spécialisée PPS2010 partait de l'idée qu'une nouvelle loi devrait nécessairement englober la prévention des maladies et la prévention des accidents, en raison des multiples chevauchements de contenu entre ces deux domaines (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 10). Mais elle arrivait parallèlement à la conclusion qu'il n'était nécessaire de modifier les règles de compétences en vigueur, et les modalités organisationnelles de leur mise en œuvre, ni dans le domaine de la prévention des accidents de loisirs et des accidents de la route, ni dans le domaine de la sécurité au travail et de la prévention des accidents professionnels. Compte tenu de cela, mais aussi du fait que les suppléments de primes pour la prévention des accidents (cf. tableau 5 ci-dessus) sont soumis au principe de l'équivalence des groupes⁶³ et ne peuvent donc être utilisés qu'à des fins très restreintes, on a renoncé à intégrer la prévention des accidents dans le champ d'application de la loi sur la prévention.

Modèles législatifs rejetés

Dans le cadre des travaux préparatoires, plusieurs approches législatives ont été examinées pour la nouvelle réglementation envisagée. Les solutions suivantes ont été rejetées:

- *Acte modificateur unique*: au lieu de créer une loi sur la prévention les lois en vigueur [p. ex., la LEp⁶⁴, la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants (LStup)⁶⁵ ou la loi du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires (LDAI)⁶⁶] auraient été complétées par les dispositions nécessaires à l'amélioration du pilotage et de la coordination. Ces adaptations ponctuelles n'auraient toutefois pas permis de combler les lacunes législatives présentes dans le domaine de la prévention et de la détection précoce des maladies non transmissibles et des maladies psychiques.
- *Extension du champ d'application de la loi sur les épidémies*: l'extension champ d'application de la LEp aux maladies non transmissibles a été jugée inappropriée au regard de l'axe principalement sécuritaire de cette loi.
- *Loi globale sur la prévention*: ce modèle prévoyait de réunir dans un acte les nouvelles dispositions et les dispositions des lois en vigueur (LEp, LStup, Lalc⁶⁷, LDAI, et autres lois analogues) ayant un rapport étroit avec la prévention et la promotion de la santé. Il aurait eu l'avantage de régler dans une seule et même loi les aspects organisationnels et financiers et les mesures structurelles de prévention. Mais retirer ces dispositions de leurs lois d'origine serait revenu à les sortir totalement de leur contexte, en particulier en ce qui concerne les dispositions des lois sur les produits, inconvenient dépassant largement l'avantage susmentionné.

⁶³ Le principe de l'équivalence des groupes impose d'assurer une congruence suffisante entre le groupe des personnes assujetties à une taxe donnée, en l'occurrence les suppléments de primes pour la prévention des accidents, et le groupe des personnes susceptibles de bénéficier de l'affectation de ladite taxe.

⁶⁴ RS **818.101**

⁶⁵ RS **812.121**

⁶⁶ RS **817**

⁶⁷ RS **680**

Loi d'organisation propre à l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé

Pour bien marquer la séparation entre les dispositions relatives aux tâches à accomplir et celles relatives à l'organisation, deux projets de loi ont été mis en consultation: l'avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé (institut), destinée à régler son fonctionnement ainsi que son pilotage et sa surveillance par la Confédération, et l'avant-projet de loi sur la prévention (cf. ch. 2.2.1 ci-dessous). Du point de vue économique et administratif, cette façon de procéder offrait l'avantage de pouvoir traiter et débattre les dispositions relatives à l'organisation indépendamment des autres questions. Mais il est apparu au fil des travaux que promulguer deux lois distinctes au lieu d'une seule nuirait à la transparence pour les destinataires du droit, et serait en outre plus compliqué du point de vue de la technique législative. Sachant que la création de l'institut, sous la forme d'une unité administrative décentralisée, est un élément central du projet de renforcement de la prévention et de la promotion de la santé, il a finalement semblé opportun d'intégrer les dispositions relatives à l'organisation de l'établissement dans le projet de loi sur la prévention (projet LPrév).

2.2 Résultats de la procédure préliminaire

2.2.1 Résultats de la procédure de consultation

Le 25 juin 2008, le Conseil fédéral a ouvert la consultation relative à l'avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention; LPrév) et à l'avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé⁶⁸. La procédure s'est achevée le 31 octobre 2008.

Parmi les destinataires invités à participer à la consultation, 150 se sont effectivement prononcés, à savoir les 26 cantons, 8 partis politiques et 116 autres organisations. Par ailleurs, 85 avis émanant d'organisations et de particuliers non sollicités ont également été recueillis.

Le Conseil fédéral a pris acte du rapport sur les résultats de la consultation le 25 février 2009⁶⁹. Ces résultats peuvent être résumés comme suit.

Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé

La proposition du Conseil fédéral d'inscrire la prévention et la promotion de la santé dans la loi a été bien accueillie par près des trois quarts des participants à la consultation (173 avis favorables au total). Parmi eux figuraient une majorité de cantons (19 sur 26), 5 partis politiques (*PCS, PES, PEV, PRD et PS* et des acteurs de la politique de santé, tels que la *Fédération des médecins suisses (FMH)*, *Interpharma*, *santésuisse*, l'*Association Suisse d'Assurances*, *Santé publique Suisse* et la *Conférence nationale suisse des ligues de santé (GELIKO)*.

⁶⁸ FF 2008 5359; documents relatifs à la procédure de consultation accessibles sous: <http://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2008.html#EDI>

Sur la présentation de deux actes distincts, cf. ch. 2.1 ci-dessus.

⁶⁹ Rapport sur les résultats de la procédure de consultation accessible sous:

<http://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2008.html#EDI> ou sous

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/05047/index.html?lang=fr>

Les partisans de l'avant-projet ont notamment appréciés que les lacunes légales concernant la prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques soient comblées, l'objectif d'améliorer le pilotage et la coordination, les mesures d'encouragement de la Confédération, ainsi que la systématisation et l'harmonisation de la collecte des données.

21 participants, dont 5 cantons (*AG, AR, GR, TI, ZG*), le *PDC*, 7 associations économiques (notamment *Economiesuisse*) et la *fondation Promotion Santé Suisse*, ont émis de sérieuses réserves à l'égard de l'avant-projet et demandé pour la plupart une refonte complète⁷⁰. Tous étaient cependant d'accord sur le fait que la Confédération édicte de nouvelles bases légales dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

28 participants, dont 2 cantons (*AI, GL*), 2 partis politiques (*UDC et UDF*) et 23 associations économiques (dont l'*Union patronale suisse*, l'*Union suisse des arts et métiers* et l'*Alliance de l'économie pour une politique de prévention modérée*) ont catégoriquement rejeté l'avant-projet, au motif que les bases légales en vigueur sont suffisantes pour garantir une politique de prévention à la fois raisonnable et adaptée.

Loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé

Plus des deux tiers des participants ont approuvé la proposition du Conseil fédéral de créer un centre national de compétences pour la prévention et la promotion de la santé sous la forme d'un établissement de droit public (Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé). Parmi eux figuraient une majorité de cantons (19 sur 26) et 3 partis politiques (*PCS, PES et PS*).

52 participants, parmi lesquels 7 cantons (*AI, AR, GL, GR, LU, TI, ZG*), 2 partis politiques (*UDC et UDF*), 30 associations économiques ainsi que *santésuisse* et l'*Association Suisse d'Assurances*, ont refusé la création d'un nouvel établissement de droit public. 12 autres, dont le *PRD* et la *fondation Promotion Santé Suisse*, ont émis des réserves vis-à-vis de la formule proposée. Certains participants opposés à la création de l'institut, ont proposé comme solution de remplacement de maintenir toutes les tâches de la Confédération dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé au sein de l'administration centrale (OFSP), tandis que d'autres ont suggéré de confier les nouvelles tâches à la fondation Promotion Santé Suisse.

Réponses sur des points spécifiques

Autres points importants débattus:

- *Prise en compte insuffisante de la promotion de la santé: 2 cantons et 17 autres participants à la consultation* ont critiqué le fait que l'importance de la promotion de la santé ne soit pas assez soulignée et mise en avant. *33 participants* ont déploré que la prévention structurelle ne soit pas assez prise en compte.
- *Prise en compte de la détection précoce des maladies: 5 cantons, le PCS et 12 organisations* ont estimé que la détection précoce des maladies ne pouvait entrer dans le champ d'application de la loi que si des moyens supplémentaires étaient mis à disposition à cette fin. *6 cantons* ainsi que *6 autres participants* sont parvenus à la conclusion qu'il importait d'éviter tout amal-

⁷⁰ Détails concernant le rapport sur les résultats de la procédure de consultation, p. 13 ss, accessibles sous: <http://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2008.html>

game entre les tâches de l'assurance-maladie et celles des services publics de santé, et que la détection précoce de nature médicale devait par conséquent être réglementée exclusivement par la LAMal⁷¹.

- *Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons*: 4 cantons ont rejeté la transmission des tâches aux cantons telle qu'elle est formulée dans l'art. 11 de l'avant-projet. La *Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances* et le *canton de GL* ont également estimé que le texte présenté accordait trop d'importance à la Confédération et qu'il importait donc de veiller à ce que les cantons disposent d'un droit de participation en tant qu'entités compétentes et de marges d'autonomie. En outre, 11 cantons et 5 organisations ont estimé que les registres des diagnostics devaient être tenus par la Confédération et non par les cantons, et être pris en charge par les finances fédérales.
- *Participation à l'élaboration des instruments de pilotage*: 8 cantons ont souhaité que les cantons disposent d'un droit de participation, en tant qu'entités compétentes, qui soit déterminant lors de l'élaboration des instruments de pilotage. 47 organisations ont demandé que les cantons et les organisations privées de santé et de prévention puissent participer, en tant que partenaires à égalité de droits avec la Confédération, à la définition des objectifs nationaux et de la stratégie du Conseil fédéral.
- *Financement*: 9 cantons et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances ont estimé que la loi sur la prévention ne devait pas occasionner de charges financières supplémentaires pour les cantons, et que, si charges supplémentaires il devait y avoir, celles-ci devaient être supportées par la Confédération. En outre, 20 cantons ont demandé qu'une part des recettes issues des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) aille directement aux cantons, et que cette part soit fixée dans la loi ou par le Conseil fédéral. Plus de 60 participants ont demandé, pour garantir une prévention durable, que les moyens financiers soient globalement augmentés. Alors que le *PEV* et le *PS* ont eux aussi plaidé pour une augmentation des moyens financiers, le *PDC* et le *PRD* ont clairement rejeté tout surplus de dépenses pour la Confédération. Le *PRD* et quelques associations économiques se sont aussi clairement exprimés contre toute hausse du supplément de prime LAMal.
- *Tâches de l'institut*: afin d'éviter toute confusion des rôles, 20 cantons, le *PCS*, le *PES* et 35 autres organisations ont demandé que l'institut ne soit pas, en plus de sa fonction de centre de compétences, responsable parallèlement de la répartition des recettes issues des prélèvements pour la prévention. Ces participants ont proposé qu'un organe indépendant soit créé à cet effet.
- *Composition du conseil de l'institut*: 6 cantons et 42 autres participants ont demandé que la représentation des différents acteurs concernés au sein du conseil de l'institut soit inscrite dans la loi de manière explicite.

2.2.2 Remaniement de l'avant-projet

Le Conseil fédéral a chargé le DFI de remanier l'avant-projet de loi et d'élaborer le message y afférent⁷² dès qu'il a pris acte du rapport sur les résultats de la consultation.

L'avant-projet a été remanié essentiellement compte tenu des points suivants:

- *Détection précoce*: sachant que les responsables politiques sont de plus en plus nombreux à demander un accès généralisé à des programmes de détection précoce de qualité élevée (à la mammographie de dépistage en particulier)⁷³, et malgré les réserves émises par une majorité de cantons et quelques autres organisations, il a été décidé de ne pas exclure la détection précoce des maladies du champ d'application de la loi.
- *Financement*: les modalités d'utilisation des prélèvements pour la prévention ont été adaptées de telle sorte que l'institut a l'obligation d'employer une partie des recettes issues de ces prélèvements pour subventionner globalement des programmes cantonaux contribuant à la réalisation des objectifs nationaux. On a en outre tenu compte, lors de la reformulation des dispositions relatives à l'affectation des prélèvements pour la prévention, du fait que le supplément de prime LAMal ne peut être utilisé, en vertu de la Constitution, que pour financer des mesures propres à réduire les coûts supportés par l'assurance-maladie⁷⁴.
- *Organisation au niveau fédéral*: malgré les critiques exprimées lors de la consultation à l'égard de la forme d'organisation retenue, l'idée de créer un Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé a été conservée. Les dispositions relatives à la nomination du conseil de l'institut ont néanmoins été modifiées de façon à ce que les cantons aient le droit de proposer trois membres, et les assureurs-maladie au sens de l'art. 11 LAMal⁷⁵ un membre, sur les neuf qui composent ledit conseil. Par ailleurs, les dispositions relatives à l'organisation de l'institut, c'est-à-dire les dispositions qui constituaient l'avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, ont été intégrées dans le projet de loi sur la prévention.
- *Tâches de l'institut*: le projet LPrév règle tous les aspects de la répartition des tâches entre l'administration centrale et l'institut, ce qui n'était pas le cas de l'avant-projet. Mais, contrairement à ce que souhaitaient une majorité de cantons et de nombreuses autres organisations, il ne prévoit pas de créer de nouvel organe pour la gestion des prélèvements pour la prévention. Cette

⁷² Cf. communiqué de presse du Département fédéral de l'intérieur du 25 février 2009 (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/05047/index.html?lang=fr>)

⁷³ Cf. à ce sujet initiatives parlementaires 05.464 Guisan. Dépistage du cancer, 05.465 Heim Bea. Dépistage du cancer et 05.467 Meyer Thérèse. Cancer. Détection précoce et égalité de traitement, auxquelles les commissions compétentes des deux conseils ont donné suite.

⁷⁴ Cf. à ce sujet avis de l'Office fédéral de la justice du 16 décembre 2008 sur la constitutionnalité du prélèvement pour la prévention dans le domaine de la prévention des maladies (art. 20 LAMal) – accessible sous: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/05047/index.html?lang=fr> (en allemand uniquement)

⁷⁵ RS 832.10

tâche est en effet laissée à l'institut, ceci afin de conserver les synergies entre les parties technique et financière des activités de soutien.

- *Registres des diagnostics*: des travaux d'approfondissement sont en cours pour déterminer si les registres de diagnostics doivent être définis comme une tâche de la Confédération, et quelles bases légales fédérales devraient être créées pour que les données sur certaines maladies (p. ex., sur le cancer) puissent être recueillies par tous les cantons puis consolidées dans des registres de diagnostics nationaux selon des normes uniformes. Quoi qu'il en soit, les registres de diagnostics ne peuvent être réglés de manière exhaustive dans la loi sur la prévention, dans la mesure où cela ferait littéralement «exploser» le champ d'application de cette dernière⁷⁶. C'est pourquoi le projet LPrév ne contient sur ces registres que des dispositions minimales.

2.3 Objectifs du projet

La réglementation proposée est destinée à combler l'absence de législation fédérale sur la prévention et la détection précoce des maladies non transmissibles ou psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses. Elle vise également à apporter au pilotage, à la coordination et à l'efficacité des différentes mesures toutes les améliorations nécessaires au renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, et à optimiser la conduite stratégique de la gestion des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal).

En plus de combler les lacunes de la réglementation fédérale dans le domaine de la prévention et de la détection précoce des maladies non transmissibles et des maladies psychiques, les principaux objectifs de la réglementation proposée sont les suivants:

- clarifier la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en tenant particulièrement compte du principe de subsidiarité;
- améliorer le pilotage et la coordination de tous les acteurs de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce en définissant des objectifs nationaux faisant office de stratégie globale et commune;
- améliorer la coordination entre les services fédéraux compétents en intégrant celle-ci dans la planification stratégique du Conseil fédéral (stratégie du Conseil fédéral);
- regrouper les mesures prises par la Confédération dans les différents domaines concernés au sein de programmes nationaux de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce;
- garantir l'autonomie des cantons dans la réalisation des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce tout en formulant certaines exigences concernant l'orientation des offres cantonales;

⁷⁶ Les données collectées dans les registres de diagnostics peuvent être utilisées non seulement pour la surveillance épidémiologique et pour l'évaluation de l'efficacité et de la qualité des mesures de prévention et de détection précoce, mais aussi pour l'évaluation de la qualité et de l'adéquation de l'utilisation des mesures diagnostiques, curatives et palliatives et comme base de la planification des soins.

- assurer la qualité et promouvoir l’efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce;
- créer un établissement de droit public (Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé) faisant office de centre de compétences national, autonome et visible en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce;
- uniformiser l’utilisation des recettes issues des prélèvements pour la prévention (supplément de prime LAMal et taxe pour la prévention du tabagisme) et réorganiser les flux financiers liés au prélèvement du supplément de prime LAMal (art. 20 LAMal⁷⁷);
- créer un instrument permettant d’évaluer l’impact de projets prévus ou réalisés sur la santé (évaluation de l’impact sur la santé);
- inscrire dans le droit la possibilité d’accorder des aides financières à des organisations à but non lucratif, encourager la recherche et l’innovation ainsi que promouvoir la formation et le perfectionnement;
- optimiser les statistiques et les rapports sanitaires et harmoniser les dispositifs de collecte de données existants.

Le renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce qui en résulte, en tant que «quatrième pilier» du système de santé, a pour but d’améliorer la culture et le comportement sanitaires de la population et d’assurer ainsi le bon état de santé de la population suisse sur le long terme.

2.4 Présentation détaillée de la réglementation proposée

2.4.1 Champ d’application

Comme son objet englobe l’ensemble des maladies visées à l’art. 118, al. 2, let. b, Cst., le projet LPrév fournit à la Confédération la base légale qui lui manque pour pouvoir prendre des mesures dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles ou psychiques très répandues et particulièrement dangereuses. Il donne ainsi à la Confédération la possibilité d’agir en faveur de la prévention et de la détection précoce des maladies revêtant une importance centrale non seulement en termes de santé publique (cf. à ce sujet tableaux 1 et 2) mais aussi en termes de coûts de santé. Parallèlement, la limitation aux maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses prévue dans la Constitution fédérale, et donc aussi dans l’objet du projet LPrév, évite que l’Etat fasse de la prévention ou de la détection précoce des troubles légers ou des affections bénignes. Et la formulation des objectifs nationaux (cf. ch. 2.4.2 ci-dessous) offre une garantie supplémentaire que les activités de l’Etat seront effectivement axées en priorité sur les domaines de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce jugés importants à la fois par la Confédération, par les cantons et par les autres acteurs.

Comme mentionné au ch. 2.2.2, le champ d’application du projet LPrév ne se limite pas à la seule prévention des maladies: il englobe également leur détection précoce. Or il est important de souligner que l’objectif poursuivi à travers cette intégration de

⁷⁷ RS 832.10

la détection précoce dans le champ d'application de la loi n'est pas de modifier les modalités de financement des mesures correspondantes: celles-ci étant le plus souvent exécutées par des médecins, elles continueront, pour autant qu'elles figurent à l'art. 12 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)⁷⁸, d'être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Mais bien plus de permettre que ces mesures, telles que la généralisation des programmes de dépistage du cancer du sein demandée par l'OMS (cf. à ce sujet ch. 1.4.2 ci-dessus), soient prises en compte à la fois dans les réflexions menées lors de l'élaboration des instruments de pilotage et de coordination et de la définition des priorités correspondantes (cf. ch. 2.4.2 ci-dessous) et au niveau de la mise en œuvre (programmes nationaux au sens de l'art. 6 et mesures de soutien au sens de l'art. 8).

La nouvelle loi n'aura aucune conséquence sur les réglementations en vigueur dans les domaines de la prévention des accidents, de la sécurité au travail et de la protection de la santé au travail.

2.4.2 Instruments de pilotage et de coordination

La Suisse compte une multitude d'acteurs impliqués à l'échelle communale, cantonale et fédérale dans la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce. Sa structure fédérale lui a permis d'acquérir un trésor d'expériences pratiques dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé. Elle lui permet également de tenir compte des besoins spécifiques des communes et des cantons.

Il reste que la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce souffrent d'un manque de stratégie globale (cf. ch. 1.3 ci-dessus). C'est la raison pour laquelle le mandat du 28 septembre 2007 du Conseil fédéral prévoit que deux nouveaux instruments de pilotage et de coordination, à savoir la formulation d'objectifs nationaux (tous les huit ans, art. 4) et la définition d'une stratégie du Conseil fédéral (tous les quatre ans, art. 5) soient inscrits dans la loi sur la prévention.

La formulation d'objectifs nationaux de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce peut, pour autant qu'elle se fasse dans le cadre d'un processus participatif axé sur le dialogue, apporter des améliorations à plusieurs niveaux:

- *au niveau de la politique de la santé*: les objectifs nationaux pourront contribuer à la visibilité et à la cohérence de la politique de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce; le fait qu'ils soient fixés collectivement leur conférera en effet une légitimité politique qui conduira une majorité d'acteurs publics et privés à s'engager spontanément pour leur réalisation;
- *au niveau de la santé publique*: les objectifs nationaux permettront d'axer les mesures sur les problèmes de santé prioritaires et, par voie de conséquence, de maintenir le bon état de santé actuel de la population suisse;
- *au niveau de la gestion*: la formulation d'objectifs nationaux favorisera la rationalité et la transparence, l'efficacité de l'utilisation des ressources, la coordination et la collaboration entre les différents acteurs, ainsi que la contrôlabilité de l'efficacité de l'action de l'Etat.

La stratégie du Conseil fédéral est notamment destinée à définir les bases stratégiques des programmes nationaux (art. 6), les objectifs stratégiques de l'institut (chap. 5), le choix des projets qui exigent une évaluation de l'impact sur la santé (art. 9) et les bases stratégiques concernant l'utilisation des recettes issues des prélèvements pour la prévention (supplément de prime LAMal et taxe pour la prévention du tabagisme, art. 12 et 13).

Pour garantir toute la flexibilité nécessaire, les dispositions du projet LPrév relatives aux deux instruments de pilotage et de coordination ne portent que sur les conditions générales dans lesquelles ces derniers doivent être élaborés puis mis en œuvre; elles ne définissent aucune priorité au niveau de la loi.

En complément des deux instruments de pilotage et de coordination, il est prévu de regrouper les mesures de la Confédération au sein de programmes nationaux (art. 6), et de confier l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes à l'institut. Ce dernier sera ainsi chargé, dans ces programmes, de déterminer les domaines où agir et de planifier les mesures de la Confédération (p. ex., les campagnes ou les modèles d'intervention de portée nationale) pour un horizon de quatre à huit ans. Il devra consulter les cantons et les milieux intéressés, ce qui lui permettra d'harmoniser et de coordonner ses activités dans les différents domaines avec celles des autres acteurs concernés, que ces derniers soient publics ou privés, et qu'ils opèrent au niveau communal, cantonal ou national. Les cantons et les acteurs privés tireront eux aussi profit des programmes nationaux, puisqu'ils pourront s'en servir comme base pour définir l'orientation stratégique de leurs propres mesures et se limiter ensuite à apporter les adaptations dictées par les spécificités cantonales ou régionales ou à moduler leurs grandes lignes d'action en fonction de ces spécificités.

2.4.3 Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

La répartition fédérale des compétences veut que les cantons soient responsables de l'exécution des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Et que la Confédération ne s'occupe de son côté que des domaines où il est judicieux et nécessaire d'avoir une démarche nationale concertée, soit notamment:

- de la planification et de l'exécution des mesures de portée nationale dans le cadre de programmes nationaux au sens de l'art. 6;
- de l'information, et notamment des campagnes d'information (art. 7);
- de l'octroi des aides financières aux organisations à but non lucratif ayant un rayon d'action national (art. 14);
- des mesures d'encouragement de la recherche et de promotion de la formation et du perfectionnement (art. 15 et 16);
- de l'optimisation des statistiques sanitaires (art. 17) et des rapports sanitaires (art. 19), ainsi que de l'harmonisation de la collecte des données par des registres de diagnostics (art. 18);
- de la collaboration internationale (art. 37).

En outre, la Confédération apportera désormais une meilleure assistance technique et méthodologique aux cantons (mais aussi aux organisations privées de santé et de

prévention) dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Des mesures de soutien sont prévues dans ce sens dans une disposition spéciale (art. 8), et complétées par des mesures d'encouragement de la recherche et de promotion de la formation et du perfectionnement (art. 15 et 16).

En complément à cela, les cantons se voient demander, d'une part, d'axer leurs activités de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce sur les objectifs nationaux au sens de l'art. 4, et d'autre part, de garantir la coordination et la mise en réseau intracantonales et intercantionales. A cette fin, la loi formule des exigences concernant l'orientation des offres cantonales dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce (art. 11). S'ils resteront néanmoins libres de mettre en œuvre des mesures portant sur des maladies ou des facteurs de risque n'entrant pas dans le champ d'application de la loi (cf. ch. 2.4.1 ci-dessus) ou sur des domaines ne correspondant pas aux objectifs nationaux fixés, il devront assumer seuls la responsabilité desdites mesures et ne pourront compter sur aucun soutien financier ou technique de la part de la Confédération.

Le projet LPrév clarifie également la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en ce qui concerne la prévention et la détection précoce médicales. Pour ces deux domaines, les cantons resteront responsables de l'exécution des programmes nécessaires à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, tandis que la Confédération sera chargée d'assurer l'information et la coordination⁷⁹. Il est à ce sujet prévu d'inscrire dans la loi la possibilité d'associer les cantons à la mise en œuvre des mesures visées à l'art. 26 LAMal⁸⁰, par l'ajout d'un al. 2^{bis} à l'art. 33 LAMal (cf. commentaire relatif à l'art. 41). Et parallèlement, pour décharger financièrement les cantons, d'autoriser que les recettes issues du supplément de prime LAMal prélevé en vertu de l'art. 20 LAMal soient utilisées pour aider au financement des coûts d'infrastructure des programmes cantonaux (art. 12, al. 3, let. b). Le financement des mesures médicales (mammographies, vaccinations, etc.) continuera, quant à lui, d'être régi par les dispositions de la LAMal (liste positive de mesures de prévention médicale et de détection précoce selon l'art. 26 LAMal)⁸¹.

2.4.4 Organisation au niveau fédéral

Le projet de loi prévoit la création d'une nouvelle unité administrative décentralisée qui portera le nom d'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé et sera responsable de l'exécution des nouvelles tâches fédérales suivantes:

- planification et mise en œuvre de programmes nationaux (art. 6), et évaluation de l'efficacité de ces programmes (art. 20, al. 3);

⁷⁹ On peut citer ici comme exemples la vaccination contre le papillomavirus humain (cf. art. 12a, let. l, OPAS, ou encore la mammographie de dépistage (cf. art. 12e, let. c, OPAS). Il faut néanmoins insister sur le fait que les subventions prévues ne peuvent servir qu'à financer les structures des programmes cantonaux (information, assurance qualité, etc.) et en aucun cas les prestations médicales de prévention ou de détection précoce en elles-mêmes (vaccin, lecture de la mammographie par un radiologue, etc.). Ces prestations continueront en effet d'être financées par les primes LAMal.

⁸⁰ RS 832.10

⁸¹ Cf. aussi à ce sujet commentaires correspondants aux ch. 2.4.2 et 2.4.5.

- élaboration de matériels d'information et réalisation de campagnes dans les limites de ses compétences (art. 7);
- fourniture de prestations de soutien technique et méthodologique au profit des cantons et des tiers (art. 8);
- gestion des prélèvements pour la prévention (art. 12 et 13);

D'autres variantes ont été étudiées, qui consistaient pour l'une à placer lesdites tâches sous la responsabilité de services fédéraux de l'administration centrale (en particulier sous celle de l'OFSP) et pour l'autre à les confier à un tiers du secteur privé en application de l'art. 2, al. 4, de la loi du 21 mars 1997 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration (LOGA)⁸². Dans le cadre des travaux préparatoires, le transfert des mesures de soutien visées à l'art. 8 à plusieurs organisations de santé et de prévention et privées avait déjà été rejeté. Cette variante entraînerait un morcellement des tâches et, contrairement au statu quo, ne conduirait pas à une simplification des structures mais accroîtrait au contraire les besoins d'harmonisation et de coordination entre les différents mandataires.

La décision de créer une unité administrative décentralisée pour assurer les nouvelles tâches fédérales tient essentiellement aux raisons suivantes:

- D'après la typologie des tâches de l'Administration fédérale des finances⁸³, les nouvelles tâches fédérales énumérées ci-dessus constituent, à l'exception de celle consistant à gérer les prélèvements pour la prévention (cf. ci-dessous), des prestations à caractère monopolistique⁸⁴. Les prestations de soutien prévues à l'art. 8, en particulier, font de l'institut le principal interlocuteur des cantons pour tout ce qui a trait à la mise en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce.

La solution de l'externalisation vers une unité administrative décentralisée devrait permettre une exécution des tâches à la fois plus efficace et plus efficiente, compte tenu des besoins spécifiques des destinataires des prestations. Ensuite, elle autorise un pilotage politique étroit par le Conseil fédéral, ce qui est absolument nécessaire étant donné que les prestations externalisées sont des prestations à caractère monopolistique, pour lesquelles le législateur a volontairement laissé une certaine marge d'appréciation et qui sont le plus souvent financées par des fonds publics (fonds fédéraux ou prélèvements pour la prévention): l'instrument des objectifs stratégiques, notamment, garantira au Conseil fédéral de pouvoir exercer une influence ciblée au niveau de la gestion de l'institut en sa qualité d'entreprise ou au niveau des tâches exécutées par celui-ci (p. ex., à travers la définition de nouvelles grandes lignes). Pour ce qui concerne les tâches qui étaient déjà assurées par la Confédération, cette solution permet par ailleurs de décharger l'administration

⁸² RS 172.010

⁸³ Cf. à ce sujet le rapport du 13 septembre 2006 sur le gouvernement d'entreprise et le rapport explicatif de l'Administration fédérale des finances concernant le rapport sur le gouvernement d'entreprise – accessible sous: www.efv.admin.ch/f/dokumentation/downloads/themen/eignerpolitik/Bericht%20EFV-f.pdf

⁸⁴ La typologie des tâches établie dans le rapport sur le gouvernement d'entreprise (cf. note 83 ci-dessus) répartit les tâches de la Confédération en quatre catégories: tâches ministérielles, prestations à caractère monopolistique, tâches de surveillance de l'économie ou de la sécurité, et prestations fournies sur le marché.

centrale tout en n'enlevant aucune compétence technique à l'administration fédérale. Il faut enfin souligner que le statut du personnel de l'institut sera de droit public, ce qui facilitera la transmission des rapports de travail des employés concernés.

- Il est vrai que, d'après la typologie des tâches (cf. ci-dessus), la gestion des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) correspond à un octroi de subventions et entre par conséquent dans la catégorie des tâches ministérielles. Et que, d'après les principes de gouvernement d'entreprise du Conseil fédéral, l'externalisation de ce type de tâches n'est pas recommandée⁸⁵. Toutefois, le fait de regrouper au sein d'une même organisation les activités de soutien technique et méthodologique (art. 8) et les activités de soutien financier (gestion des prélèvements pour la prévention, art. 12 et 13) permettra non seulement de créer des synergies mais aussi de garantir la qualité et l'efficacité de l'utilisation des prélèvements pour la prévention.
- L'existence d'un centre de compétences national, autonome et visible en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce contribuera de façon essentielle à l'ancrage souhaité de ces principes dans la politique nationale de santé. Il faut aussi souligner que les instituts de droit public bénéficient d'une plus large acceptation politique et d'une plus grande visibilité que les instituts organisés en entreprises de droit privé, et ce aussi bien sur le plan national que sur le plan international. Et que, à l'étranger, la tendance est à l'abandon des établissements privés au profit des institutions publiques⁸⁶.

L'externalisation des prestations à caractère monopolistique vers une unité administrative décentralisée revêtant la forme juridique d'établissement de droit public doté de la personnalité juridique a déjà fait ses preuves⁸⁷. Il est important cependant d'organiser l'établissement en question conformément aux directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise⁸⁸, afin d'assurer une prise en compte optimale des besoins spécifiques de la Confédération. En raison notamment de son rôle de garante de la bonne exécution des tâches et de sa qualité de propriétaire de l'institut, celle-ci doit en effet pouvoir exercer une influence sur ce dernier et accéder à toutes les informations nécessaires sur ses activités.

En conséquence, le service chargé de la gestion de la taxe pour la prévention du tabagisme (fonds de prévention du tabagisme), qui est actuellement rattaché à l'OFSP, sera lui aussi transféré à l'institut, en même temps que les autres unités d'organisation de l'OFSP responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes nationaux et d'autres mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce.

⁸⁵ FF 2006 7799; de par leur caractère souverain, les tâches ministérielles requièrent un haut degré de légitimation démocratique et de pilotage politique.

⁸⁶ Cf. à ce sujet ch. 2.6.2

⁸⁷ La forme juridique de la fondation de droit public a aussi été examinée. Toutefois, l'établissement de droit public est la forme d'organisation qui est le plus souvent retenue dans le droit fédéral, et celle aussi que les directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise recommandent de privilégier dans un tel cas. L'organisation prévue ne présente par ailleurs aucune spécificité justifiant de choisir une autre forme juridique.

⁸⁸ Cf. note de bas de page 83 ci-dessus.

L'avenir de la fondation Promotion Santé Suisse (cf. ch. 1.2.2 ci-dessus) constituée en vertu de l'art. 19 LAMal n'est quant à lui pas encore déterminé. D'un côté, les modifications du droit en vigueur proposées à l'art. 43 (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 41) vont dans le sens d'une dissolution de ladite fondation: l'abrogation de l'art. 19 LAMal mettrait fin au mandat légal des assureurs-maladie d'encourager la prévention des maladies et de gérer en commun avec les cantons une institution à cette fin; et avec le nouvel art. 20 LAMal, le supplément de prime LAMal n'irait plus à la fondation, dont il permet actuellement de financer les tâches, mais à l'institut, ce qui rendrait caduc le mandat légal de la fondation et devrait conduire celle-ci, au regard de l'art. 12 de ses statuts du 17 janvier 2002⁸⁹, à se dissoudre après l'assentiment de l'autorité de surveillance compétente. D'un autre côté, en juin 2009, le Conseil de fondation de Promotion Santé Suisse a confirmé au DFI son refus d'aboutir à une telle issue: il considère que la forme actuelle de la fondation permet déjà la collaboration entre les différents partenaires (en particulier entre les cantons, les assureurs et les associations), que le nouvel institut prévu par le Conseil fédéral n'est donc pas nécessaire, et qu'il faut de ce fait conserver les art. 19 et 20 LAMal tels qu'ils sont. Ainsi, personne n'est en mesure de dire, à l'heure où est rédigé ce message (septembre 2009), si le Conseil de fondation de Promotion Santé Suisse serait prêt à autoriser le transfert de ses actifs vers l'institut, comme cela est prévu à l'art. 42, al. 3, du projet LPrév.

2.4.5 Financement

Les dispositions du projet LPrév qui régissent les flux financiers sont basées sur le principe de financement suivant: chaque niveau de l'Etat (Confédération et cantons) est responsable du financement des tâches qui entrent dans son champ de compétence. Autrement dit, la Confédération devra financer sur son budget ordinaire l'ensemble des tâches qui lui reviendront (y compris les tâches revenant à l'institut; cf. ch. 2.4.4 ci-dessus); les cantons devront, de leur côté, supporter les dépenses liées aux mesures cantonales de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce et à la création des infrastructures nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures. Le financement par la Confédération demandé lors de la consultation par un certain nombre de cantons concernant les mesures et infrastructures nouvellement placées sous leur responsabilité par la loi sur la prévention (cf. ch. 2.2.1 ci-dessus) est à exclure. En conséquence, l'art. 118 Cst. continuera à être exécuté conformément au principe fixé à l'art. 46, al. 1, Cst., selon lequel les cantons doivent assurer la mise en œuvre du droit fédéral sans être dédommagés pour cela. Etant ajouté que l'art. 47, al. 2, Cst. n'oblige lui non plus en rien la Confédération à mettre à la disposition des cantons les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre et à l'exécution du droit fédéral, mais qu'il implique au contraire que cette mise en œuvre et cette exécution soient financées par les recettes propres des cantons⁹⁰.

⁸⁹ Accessible sous:
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/Metanavigation/office_stiftungsrukunde_f.pdf

⁹⁰ Cf. à ce sujet Kägi-Diener R: Kommentar zu Artikel 47 BV; in: Ehrenzeller B., Schweizer J., Mastronardi P und Vallender K.A. (éditeurs): Kommentar zur schweizerischen Bundesverfassung, 2^e édition Zurich/Bâle/Genève 2008 (en allemand uniquement).

Les prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) devront être utilisés en priorité pour (co)financer les mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce des cantons (des villes et des communes) et des organisations privées de santé et de prévention. Selon la décision arrêtée le 25 février 2009 par le Conseil fédéral (cf. ch. 2.2.2 ci-dessus), une partie des recettes provenant de ces prélèvements devra cependant être réservée au soutien des programmes cantonaux (cf. art. 12, al. 3, let. b). Conformément au principe de financement énoncé ci-dessus, aucune partie de ces recettes ne devra en revanche servir au financement de tâches relevant de la souveraineté de l'Etat.

La gestion de la taxe pour la prévention du tabagisme et du supplément de prime LAMal sera désormais assurée par l'institut⁹¹. Non seulement cette réorganisation des flux financiers permettra au Conseil fédéral d'assurer un pilotage stratégique harmonieux des deux prélèvements. Mais elle élargira également la base de financement de la Confédération pour les mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. En effet, une partie des recettes issues des prélèvements – à fixer par le Conseil fédéral lors de la définition de sa stratégie (cf. art. 5, al. 1, let. d) – pourra, moyennant le respect des règles d'affectation fixées aux al. 1 (supplément de prime LAMal) et 2 (taxe pour la prévention du tabagisme) de l'art. 12, servir au financement des programmes nationaux au sens de l'art. 6.

2.4.6 Autres aspects

Le projet LPrév apporte également les nouveautés suivantes:

- introduction de l'évaluation de l'impact sur la santé en tant qu'instrument stratégique du Conseil fédéral pour évaluer l'impact sur la santé de projets prévus ou réalisés d'une certaine portée (art. 9);
- inscription dans le droit de mesures destinées à encourager les organisations faitières nationales, la recherche, la formation et le perfectionnement (art. 14 à 16);
- optimisation des statistiques et des rapports sanitaires (art. 17 à 19).

2.5 Concordance des tâches et des moyens financiers

Le projet LPrév définit la répartition future des tâches entre la Confédération et les cantons dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. Selon le principe de l'équivalence fiscale, chaque niveau de l'Etat devra financer lui-même les tâches entrant dans son champ de compétence. Par conséquent, les recettes issues des prélèvements pour la prévention (art. 12) ne

⁹¹ Les recettes de l'impôt sur l'alcool (dîme de l'alcool) versées aux cantons ne seront pas soumises aux dispositions du projet LPrév, puisque cet impôt est déjà inscrit dans la Constitution (art. 131, al. 3, Cst.). Au niveau de la mise en œuvre, il conviendra toutefois de veiller à coordonner les mesures prises en vertu de la LPrév avec les activités financées par la dîme de l'alcool, en particulier lorsqu'il s'agira de sélectionner les programmes cantonaux à subventionner avec les prélèvements pour la prévention (cf. art. 12 et 13).

pourront pas être utilisées pour financer des tâches relevant de la souveraineté de l'Etat.

Les mesures qui seront effectivement décidées et mises en œuvre par la Confédération dépendront essentiellement de la stratégie de prévention et de promotion de la santé qui sera définie tous les quatre ans par le Conseil fédéral (art. 5). Cette stratégie contiendra également des indications sur les ressources financières et en personnel nécessaires à la réalisation de ces mesures (sur les modalités de financement des nouvelles tâches de la Confédération, cf. ch. 4.1) et permettra ainsi une concordance optimale entre les tâches et les moyens financiers. Le projet ne devra donc conduire à aucune dépense supplémentaire pour la Confédération.

2.6 Développements internationaux et relation avec le droit européen

2.6.1 Développements internationaux dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce

Organisation mondiale de la santé (OMS)

En collaboration avec l'Organisation des Nations Unies (O.N.U.) et ses Etats membres, l'OMS édicte des actes très importants et influents sur la prévention et la promotion de la santé; elle émet également des recommandations sur les investissements à réaliser dans le secteur de la santé. Voici les directives de prévention et de promotion de la santé sur lesquelles se basent ses Etats membres:

- la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)*, qui vise au renforcement des ressources de santé et propose des stratégies de promotion de la santé (écoles-santé et autres projets portant sur les milieux de vie);
- la *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005)*, qui décrit l'évolution des valeurs, principes et stratégies d'action de la promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa et qui redéfinit les exigences posées par cette dernière, dans le but de placer l'égalité des chances dans le domaine de la santé au centre des développements nationaux et internationaux;
- la *stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé*;
- le *rapport mondial de l'OMS «Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment» publié en 2005* (la prévention des maladies chroniques: un investissement vital), qui estime à 36 millions le nombre de décès prématurés qui pourraient être empêchés dans le monde, d'ici à 2015, par des investissements dans la prévention des maladies;
- la *Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe (2005)*, qui soulignent la nécessité et l'intérêt de disposer d'offres psychosociales diversifiées pour la population dans son ensemble, les groupes à risque et les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, dans le but de faire prendre conscience de l'importance de la santé mentale pour le fonctionnement de la société.

Cependant, ces différents documents n'ont aucune valeur contraignante pour les Etats membres de l'OMS, même si ces derniers s'en inspirent généralement pour orienter leurs politiques de santé nationales.

Allemagne

L'Allemagne possède actuellement plusieurs lois prévoyant des mesures de prévention et de promotion de la santé. Selon les groupes qu'elles ciblent et les domaines d'activité qu'elles concernent, ces mesures sont mises en œuvre et financées par différents systèmes d'assurance sociale et centres de coûts (assurance-maladie, assurance-accidents, aide à la jeunesse, rééducation). Mais en Allemagne comme ailleurs, les sommes allouées à la prévention restent minimes par rapport à celles investies dans les soins curatifs.

L'Etat fédéral et les *Länder* se sont mis d'accord sur les grands axes d'une loi pour le renforcement de la prévention en matière de santé (loi relative à la prévention) dès le mois d'octobre 2004. L'objectif commun de toutes les parties était alors de faire de la prévention le quatrième pilier du système de santé allemand, aux côtés des traitements aigus, de la rééducation et des soins.

La loi relative à la prévention prévoyait d'inscrire plus durablement la prévention sanitaire dans les systèmes d'assurance sociale, de créer une nouvelle base de droit cohérente, de mettre plus de fonds à la disposition de la prévention, et enfin de contrôler la qualité des programmes et projets financés par ces fonds. Mais le projet, que le *Bundesrat* a transmis à la commission de médiation le 27 mai 2005, a finalement échoué, dans la mesure où les élections anticipées au *Bundestag* du 18 septembre 2005 ont conduit à l'abandon définitif de tous les projets de loi en suspens.

Un deuxième projet de loi relatif à la prévention, une modification du projet de 2005, pour l'essentiel, a été présenté le 28 novembre 2007. Mais ce projet a lui aussi échoué en raison des divergences de conception entre les partis de la coalition au sujet des moyens financiers à mobiliser, des modalités d'affectation de ces moyens financiers et des structures organisationnelles.

Autriche

L'Autriche s'est dotée d'une base légale pour la prévention et la promotion de la santé dès 1998, année où elle a adopté une loi sur la promotion de la santé (*Gesundheitsförderungsgesetz*) et attribué à travers celle-ci la responsabilité de l'action en matière de promotion sanitaire au *Fonds Gesundes Österreich*.

La loi autrichienne sur la promotion de la santé s'inspire au niveau de son contenu de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS, et fixe le plafond de dépenses accordé chaque année à la mise en œuvre des activités de promotion de la santé (7,25 millions d'euros actuellement).

Elle vise à améliorer les connaissances de la population sur ce qui est néfaste ou au contraire bénéfique pour la santé, et à aider au développement de comportements positifs, notamment par la mise en place de structures de promotion de la santé ainsi qu'au moyen de différents programmes, offres et autres mesures de formation continue.

Le 1^{er} août 2006, l'Autriche a adopté une loi fédérale portant création de la *Gesundheit Österreich GmbH*, une société remplissant le double rôle d'institut national de

recherche et de planification pour la santé et de centre de compétences national pour la promotion de la santé. Le *Fonds Gesundes Österreich* a été intégré dans cette nouvelle institution, dont il constitue désormais une unité organisationnelle et au sein de laquelle il continue d'assurer la fonction de centre de compétences national pour la prévention et la promotion de la santé. Ce fonds soutient des projets pratiques et scientifiques et déploie aussi des actions et campagnes destinées à favoriser l'accès du plus grand nombre d'Autrichiens à des modes et des milieux de vie sains, et s'efforce par ailleurs de lancer des projets de coopération dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Son mandat légal fait ressortir six domaines d'intervention: l'activité physique, l'alimentation, la santé mentale, les enfants et les adolescents, la santé au travail et les personnes âgées.

France

Le Parlement français a voté en 2004 une loi sur la santé publique portant à la fois sur les maladies transmissibles et sur les maladies chroniques. Cette loi vise explicitement à renforcer la prévention en rassemblant en un ensemble cohérent les différents textes législatifs, programmes et commissions et en inscrivant dans le droit la responsabilité de l'Etat et du Parlement. La loi évoque également la responsabilité d'autres acteurs sociaux, notamment celle de l'assurance maladie pour ce qui est du financement de la prévention.

Des plans stratégiques de santé publique axés sur les problèmes de santé majeurs sont arrêtés tous les cinq ans. Ils sont établis en accord avec la Conférence nationale de santé, organe consultatif chargé par le gouvernement de formuler des avis et des propositions sur les questions de santé. Des objectifs nationaux de santé publique sont également formulés. Votés par le Parlement, ceux-ci revêtent un caractère obligatoire: leur réalisation est évaluée au bout de chaque cycle quinquennal.

La nouvelle loi sur la santé publique définit également les compétences des différents niveaux politiques. Par ailleurs, elle régit l'information, la recherche et la formation (création d'une Ecole nationale de Santé Publique).

Une réforme du financement du système français d'assurance sociale est en cours de discussion, réforme qui devrait également entraîner des changements au niveau des règles de financement des missions de santé publique.

2.6.2 Modèles d'organisation en vigueur à l'étranger

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Allemagne)

Le centre fédéral d'information sanitaire (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*), créé en 1967, est une autorité spécialisée rattachée au Ministère fédéral de la santé. A ce titre, il a pour objectifs de prévenir les risques sanitaires et d'encourager les modes de vie salutogènes au niveau fédéral⁹². Le centre fédéral est responsable de nombreux projets de prévention et de promotion de la santé; il soutient par ailleurs de nombreuses organisations dans la réalisation de leurs projets propres. Il assume notamment les tâches suivantes:

⁹² Cf. à ce sujet S. Weinbrenner et al. (éditeurs), 2006, *Länderbericht Deutschland*, in: *Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich*, 54 (en allemand uniquement).

- élaborer des principes et des directives relatifs aux contenus et aux méthodes d'éducation sanitaire;
- assurer la formation et le perfectionnement des personnes travaillant dans le domaine de l'éducation et de l'information sanitaires;
- coordonner et promouvoir l'information et l'éducation sanitaires au niveau fédéral;
- garantir la coopération avec l'étranger.

Fonds Gesundes Österreich (Autriche)

Bureau national de contact et de promotion, le fonds pour une Autriche en bonne santé (*Fonds Gesundes Österreich*) a été créé en 1998 sur la base de la loi autrichienne sur la promotion de la santé⁹³. Il soutient des projets scientifiques et axés sur la pratique dans le domaine de la promotion de la santé, la mise en place de structures, le perfectionnement et la création de réseaux. Il assume, en outre, d'autres tâches importantes: grâce à ses activités d'information et de relations publiques, il sensibilise un maximum de personnes à la promotion de la santé et à la prévention. Institution centrale dans le domaine de la promotion de la santé, il soutient par ailleurs les nombreuses activités des groupes d'entraide autrichiens.

Depuis le 1^{er} août 2006, le fonds constitue l'un des trois services de la société *Gesundheit Österreich GmbH*, aux côtés de l'institut fédéral autrichien de la santé (*Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen*) et de l'institut fédéral de la qualité dans le domaine de la santé (*Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen*). Le fonds se compose d'un conseil, d'un comité de spécialistes et d'un secrétariat.

Agence exécutive pour le programme de santé publique (Commission européenne)

L'Agence exécutive pour le programme de santé publique (AESP) a été créée le 1^{er} janvier 2005 sur décision de la Commission européenne (décision n° 2004/858/CE du 15 décembre 2004), pour une durée de six ans, pour gérer le premier programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (programme de santé publique, PSP). Ce programme, qui couvrait la période 2003 à 2008, avait pour objectif de préserver et d'améliorer la santé des habitants de l'Union européenne. Suite à l'adoption d'un deuxième programme de santé publique, couvrant cette fois la période 2008 à 2013, l'agence a vu son existence prolongée jusqu'au 31 décembre 2015 (cf. à ce sujet ch. 2.6.3 ci-dessous), et ses tâches étendues aux domaines de la protection des consommateurs et de la formation pour une alimentation plus saine. Elle porte désormais le nom d'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (AESC) et a son siège au Luxembourg. Elle emploie une quarantaine de personnes et dispose d'un budget annuel de 4,5 millions d'euros (chiffres 2008). Parmi ses tâches, on peut citer:

- la sélection des projets financés dans le cadre du programme de santé publique (on estime à environ 200 le nombre de projets qui seront autorisés par l'agence sur toute la durée du programme, et à environ 2200 le nombre de partenaires concernés);

⁹³ Cf. à ce sujet S. Weinbrenner et al. (éditeurs), 2006, *Länderbericht Österreich*, in: *Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich*, 99 ss (en allemand uniquement).

- la diffusion des résultats des projets ainsi financés en termes de savoir et de méthodes de travail à conseiller;
- la promotion des échanges et de la coordination entre tous les milieux concernés et avec les autres autorités de la communauté et des Etats membres;
- le soutien logistique, scientifique et technique lors de congrès et de conférences.

2.6.3 Relation avec le droit européen

Programmes de santé publique de l'Union européenne (UE)

Depuis les années 90, l'UE, encouragée en ce sens par la Commission européenne, développe un grand nombre de projets en rapport avec la prévention et la promotion de la santé et s'efforce également de promouvoir la collaboration de ses Etats membres dans ce domaine. Elle s'appuie ce faisant sur les art. 152 (santé publique) et 153 (protection des consommateurs) du traité CE. Sur la base de ces deux articles, elle finance en outre des programmes d'action et des mesures de soutien dans les domaines de la recherche, de la statistique et de la surveillance sanitaires.

Ainsi le Parlement européen et le Conseil ont-ils par exemple décidé, le 27 octobre 2007 (décision n° 1350/2007/CE⁹⁴), de prolonger le premier programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (programme de santé publique, PSP), qui avait été adopté le 23 septembre 2002 (décision n° 1786/2002/CE⁹⁵) et couvrait la période 2003 à 2008, par un deuxième programme analogue pour la période 2008 à 2013. Ce deuxième programme a pour objectifs d'améliorer la sécurité sanitaire des citoyens, de promouvoir la santé (y compris la réduction des inégalités devant la santé) et de produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé. Doté d'une enveloppe financière de 321,5 millions d'euros, il vise à compléter, soutenir et valoriser les politiques des Etats membres.

La mise en œuvre du programme de santé publique est assurée par l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (cf. ch. 2.6.2 ci-dessus).

Recommandations de l'UE

L'UE a en outre formulé dans le cadre de ses différentes politiques sectorielles un grand nombre d'autres décisions ou recommandations qui entrent dans l'acquis communautaire en matière de santé mais qui n'ont pas valeur de règlements ou de directives contraignants pour ses Etats membres:

- recommandation du Conseil du 12 juillet 1999 relative à la limitation d'exposition du public aux champs électromagnétiques (0 Hz à 300 GHz) (1999/519/CE);
- résolution du Conseil du 18 novembre 1999 concernant la promotion de la santé mentale (2000/C 86/01);
- résolution du Conseil du 29 juin 2000 sur l'action concernant les facteurs déterminants pour la santé (2000/C 218/03);

⁹⁴ JO L 301 du 20.11.2007

⁹⁵ JO L 271 du 09.10.2002

- conclusions du Conseil du 5 juin 2001 relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool (2001/C 175/01);
- recommandation du Conseil du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents (2001/458/CE);
- conclusions du Conseil du 15 novembre 2001 relatives à la lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression (2002/C 6/01);
- conclusions du Conseil du 2 juin 2003 sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale (2003/C 141/01);
- recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés aux toxicomanies (2003/488/CE);
- conclusions du Conseil du 2 décembre 2003 intitulées «Des modes de vie sains: éducation, information et communication» (2004/C 22/01);
- recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/878/CE);
- conclusions du Conseil du 3 juin 2005 intitulées «Obésité, nutrition et activité physique» (9803/053).

On peut retenir en substance que le projet ne touche aucunement le droit des Communautés européennes (CE).

2.7 Mise en œuvre

Le projet de loi prévoit de nouveaux instruments de pilotage et de coordination devant être définis et mis en œuvre de manière périodique:

- tous les huit ans, la Confédération devra fixer des objectifs nationaux (art. 4); le processus sera dirigé par le Conseil fédéral, mais les cantons seront étroitement associés à la définition des objectifs;
- tous les quatre ans, le Conseil fédéral devra définir une stratégie (art. 5); le processus sera dirigé par le DFI (OFSP), mais l'institut et d'autres services fédéraux concernés participeront à l'élaboration de la stratégie; les cantons devront eux aussi y être associés.

Le projet de loi prévoit également trois autres instruments importants pour la mise en œuvre: les programmes nationaux (art. 6), qui seront des programmes thématiques élaborés et mis en œuvre par l'institut, l'évaluation de l'impact sur la santé, que le Conseil fédéral pourra envisager pour des projets prévus ou réalisés d'une certaine portée (art. 9), et les rapports sanitaires (art. 19), dont l'élaboration régulière sera assurée par la Confédération en collaboration avec les cantons.

La mise en œuvre des instruments de pilotage et de coordination, de même que l'efficacité et le caractère économique des programmes nationaux, seront évalués de façon régulière (art. 20). Par ailleurs, l'OFSP devra évaluer périodiquement la mise en œuvre globale de la loi sur la prévention (art. 38).

Aucune disposition d'exécution à proprement parler n'est nécessaire, puisque les cantons n'auront pas de mesure à exécuter envers des tiers en vertu de la loi sur la prévention.

Le Conseil fédéral doit édicter une ordonnance qui réglera l'octroi des subventions tirées des prélèvements pour la prévention (art. 12 et 13) ainsi que les conditions et la procédure régissant l'octroi des aides financières aux organisations à but non lucratif (art. 14).

Les dispositions relatives à l'organisation de l'institut (art. 21 à 36) sont quant à elles suffisamment détaillées dans le projet de loi et ne nécessitent donc pas d'être concrétisées par une ordonnance. Le Conseil fédéral a néanmoins la compétence de confier d'autres tâches à l'institut (art. 22) et d'édicter des dispositions concernant la tenue des comptes de l'établissement (art. 34). Si tel n'est pas le cas, le conseil de l'institut se limitera à édicter un règlement interne régissant les processus applicables au sein de l'établissement.

2.8 Appréciation globale du projet

Nécessité et possibilité d'une action de l'Etat

Contrairement aux trois piliers de la prise en charge médicale des malades (traitement, rééducation, soins), la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce, à l'exception de la lutte contre les maladies transmissibles, des mesures de prévention des toxicomanies, des maladies professionnelles et des accidents, ne sont pas suffisamment ancrées au niveau conceptuel, politique, organisationnel ou légal. Cette faiblesse structurelle a pour effet que la prévention et la détection précoce des maladies, de même que la promotion de la santé manquent bien souvent de pilotage et de coordination, mais aussi de transparence pour ce qui est des offres et des prestations.

La décision du 28 septembre 2007 du Conseil fédéral est conforme à l'avis de la Commission spécialisée PPS2010, de l'OCDE et de l'OMS, selon lequel, en raison de la faiblesse structurelle actuelle, de nouvelles bases juridiques sont nécessaires pour renforcer la prévention et la promotion de la santé et pour améliorer la coordination et l'efficacité des activités existantes.

Une majorité des participants à la consultation (cf. ch. 2.2.) a également approuvé les nouvelles bases de la législation fédérale pour la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce, et suit ainsi l'opinion du Conseil fédéral: en dépit du développement du marché de la santé et du bien-être (financé par des fonds privés)⁹⁶, la nécessité d'une intervention de l'Etat dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce subsiste, pour les raisons suivantes:

- *Principe de l'égalité des chances*: par analogie avec le principe inscrit dans l'assurance obligatoire des soins pour le traitement des maladies et les soins, il convient de garantir à chacun l'égalité d'accès à toutes les institutions et offres de conseil de qualité dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. La réduction des inégalités sociales dans le domaine de la santé qui en découle contribuera à assurer le main-

⁹⁶ Cf. notamment à ce sujet Stephan Sigrist: L'avenir du marché de la santé. Facteur de coûts et opportunité de croissance. Berne, août 2006.

tien du principe de solidarité dans les assurances sociales (AMal en lien)⁹⁷.

- *Garantie des systèmes d'assurance sociale*: la réduction de la morbidité, de l'invalidité et de la dépendance aux soins contribue aussi à décharger le système de sécurité sociale (notamment AMal et AI) et, par là-même, les finances publiques (voir *supra*). Eu égard à l'évolution démographique, cet allègement est impératif si l'on veut garantir également aux générations à venir une prise en charge médicale de qualité et finançable (cf. les illustrations 1 et 2 ci-après).
- *Amélioration du développement économique*: en Suisse, le bon état de santé de la population contribue à préserver ses capacités, permet d'accroître la productivité (diminution de l'absentéisme pour cause de maladie) et de garantir la croissance économique en préservant les capacités des employés (âgés).
- *Intérêt public à ce que la population soit en bonne santé*: il est dans l'intérêt général que la période de vie sans maladie et sans infirmité soit la plus longue possible. Un allongement de cette période améliore non seulement la qualité de vie des citoyens mais contribue également à diminuer le poids de la maladie, l'invalidité et la nécessité de recevoir des soins.

Orientation du projet sur le plan de la politique de santé

La Commission spécialisée PPS2010 et les experts de l'OCDE et de l'OMS sont tous parvenus dans leurs rapports⁹⁸ à la conclusion suivante: compte tenu de la faiblesse structurelle dont souffrent actuellement la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce, l'amélioration de l'équilibre entre prévention et médecine curative, et l'amélioration de la coordination et de l'efficacité des activités en cours, ne peuvent passer que par l'adoption de nouvelles bases légales.

Mais le fait de disposer de bases légales solides pour les mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ne permettra pas seulement d'améliorer la qualité et l'efficacité des activités en cours. Cela favorisera également un changement de paradigme, à savoir le passage de soins de santé entièrement axés sur le curatif à une politique de santé davantage orientée vers le préventif. Il est donc tout à fait probable que ces bases légales auront aussi, à long terme, un impact positif sur l'évolution des coûts dans le domaine des soins de santé.

Cet aspect du projet de loi a été expressément approuvé par la majorité des participants à la consultation, ce qui a conduit le Conseil fédéral à penser que l'amélioration des bases légales fédérales en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce bénéficiait d'un appui suffisant. Les gains d'efficacité qui seront réalisés grâce à la loi, et plus précisément grâce au regroupement de forces que celle-ci entraîne, ont également été accueillis favorablement, y compris par les associations économiques.

Par ailleurs, le présent projet de loi apportera toute une série d'améliorations destinées à pallier la faiblesse structurelle évoquée ci-dessus:

⁹⁷ Stephan Sigrist: L'avenir du marché de la santé. Facteur de coûts et opportunité de croissance. Berne, août 2006, page 70.

⁹⁸ Cf. notes de bas de page 58 et 59.

- De nouveaux instruments de pilotage et de coordination (objectifs nationaux et stratégie du Conseil fédéral) seront introduits, qui permettront à la Confédération et aux cantons de définir ensemble les priorités en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce.
- S’agissant de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, le système actuel sera maintenu: les cantons seront responsables de la planification et de la mise en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce de niveau local, cantonal ou régional; la Confédération se chargera des tâches pour lesquelles une démarche nationale concertée s’impose, mais apportera également une assistance technique et méthodologique ciblée aux cantons (mais aussi aux organisations privées de santé et de prévention) dans leur travail de planification et de mise en œuvre.
- Les flux financiers seront réorganisés, à travers la définition de bases homogènes concernant l’utilisation des recettes issues de la prévention et la mise en place d’un meilleur pilotage stratégique. Les candidats aux subventions bénéficieront ainsi d’une plus grande sécurité juridique.
- Un Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé revêtant la forme d’établissement de droit public sera créé, ce qui donnera un autre signal visible en faveur du renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. L’externalisation de tâches fédérales (anciennes et nouvelles) vers ce nouveau centre de compétences déchargera l’administration centrale.
- Les dispositions du projet de loi relatives à l’optimisation des statistiques sanitaires, aux registres de diagnostics et aux rapports sanitaires permettront d’élaborer les mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce sur la base de données fiables et solides. Ces mêmes données seront également très utiles lorsqu’il s’agira de définir les priorités (objectifs nationaux) et d’effectuer les évaluations de l’efficacité prescrites.

Si elle est adoptée, la loi ne conduira ni à déresponsabiliser les individus face à leur santé ni à imposer des comportements précis, que ce soit aux individus, à certains groupes de personnes ou encore aux acteurs économiques. Au contraire, elle contribuera à la promotion de la culture en matière de santé et créera les bases nécessaires à l’amélioration du comportement sanitaire de chacun, de certains groupes de personnes et de la population dans son ensemble.

Aspects pratiques de l’exécution

Vu que le projet LPrév ne prévoit aucun nouvel organe chargé de l’exécution et de l’application des mesures à l’échelon cantonal, il n’existe, en ce qui concerne la concrétisation et l’exécution des mesures, aucune redondance par rapport aux lois qui exigent, quant à elles, de nouveaux efforts en matière de coordination.

L’art. 5, al. 2, let. b, et l’art. 10 garantissent la coordination du contenu et la coordination technique des mesures du projet LPrév avec les mesures de prévention des accidents professionnels, des maladies professionnelles et des accidents non professionnels au sens de la LAA⁹⁹, avec les mesures de protection de la santé conformément à la LTr¹⁰⁰, avec les mesures de prévention des accidents de la route en vertu

⁹⁹ RS 832.20

¹⁰⁰ RS 822.11

de la LCR¹⁰¹ et avec les mesures de prévention de la violence au sens de l'art. 386 du code pénal (CP)¹⁰².

Par ailleurs, une meilleure répartition des tâches entre les services fédéraux et entre la Confédération et les cantons accroît non seulement la transparence du système mais réduit également les charges en termes de coordination et, partant, les frais administratifs.

En vertu de l'art. 5, al. 1, let. a, il incombe au Conseil fédéral de veiller à ce que, dans le cadre des programmes nationaux, les mesures présentant notamment un bon rapport coût/utilité soient appliquées. Pour ce faire, le choix de la stratégie concrète (p. ex., mesure structurelle, campagne médiatique, projet spécifique à des groupes cibles) et le choix des groupes cibles jouent un rôle déterminant. L'efficacité de chaque mesure dépend elle-même des facteurs de réussite décrits au ch. 1.2.4¹⁰³. C'est essentiellement pour cette raison que l'institut, en tant qu'organe centralisé de la Confédération pour la mise en œuvre de mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, doit garantir que les informations sur les modèles d'intervention reconnus et efficaces soient facilement accessibles aux acteurs privés et publics (cf. art. 8, al. 2, let. a) et que la valorisation des résultats de l'évaluation des programmes cantonaux et des projets financés à l'aide des subventions provenant des prélèvements pour la prévention soit assurée (art. 8, al. 2, let. b). Enfin, le développement des critères de qualité actuels (cf. art. 8, al. 2, let. c) et la promotion de la formation et du perfectionnement (cf. art. 16) auront pour effet que des instruments inhérents à la gestion de la qualité seront utilisés lors de la planification et de l'exécution de programmes et de projets et que les personnes en charge de la conception et de la mise en œuvre disposeront des connaissances spécifiques requises.

L'instrument de coordination et de pilotage des objectifs nationaux (cf. art. 4) et, à l'échelon fédéral, la stratégie définie par le Conseil fédéral pour la prévention et la promotion de la santé (cf. art. 5) garantiront que les bonnes priorités seront fixées d'un point de vue thématique, c'est-à-dire que seuls des programmes nationaux revêtant une importance fondamentale pour la santé publique (p. ex., maladies secondaires à la consommation de tabac ou d'alcool, les maladies résultant d'un manque d'activité physique et d'une mauvaise alimentation et les maladies psychiques graves) seront réalisés dans chaque domaine. L'utilisation des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) aux fins de financer les programmes cantonaux et certains projets de la Confédération, des cantons ou de tiers est, elle aussi, limitée conformément à l'art. 13, al. 1, let. a, exclusivement aux programmes et projets qui permettent d'atteindre les objectifs nationaux. Les ressources disponibles peuvent ainsi être concentrées et affectées avec une plus grande efficacité.

Enfin, toutes les mesures à prendre conformément au projet LPrév et la loi elle-même (cf. art. 38) devront périodiquement être évaluées quant à leur efficacité et leur caractère économique.

¹⁰¹ RS 741.01

¹⁰² RS 311.0

¹⁰³ Cf. également à ce sujet Office fédéral de la santé publique: Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne, 28 septembre 2007, p. 41 ss. (Efficacité des campagnes de prévention et de promotion de la santé) et p. 44 ss. (Efficacité de la prévention et de la promotion de la santé), consultable à l'adresse suivante:
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>

2.9

Classement des interventions parlementaires

Parallèlement aux travaux préparatoires menés par le DFI en vue d'une nouvelle réglementation légale de la prévention et de la promotion de la santé, trois motions allant dans le même sens ont été déposées au Conseil national:

- *Motion Schenker 07.3261 du 23 mars 2007 Prévention et promotion de la santé.* Cette motion charge le Conseil fédéral de créer les bases légales nécessaires à la coordination de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures de prévention et de promotion de la santé.
- *Motion Heim 07.3525 du 22 juin 2007 Pour une politique de la santé qui encourage une participation active des citoyens.* Cette motion charge le Conseil fédéral de prendre des mesures pour encourager la culture sanitaire de la population et de créer les conditions juridiques pour que cette culture soit intégrée aux travaux législatifs à venir dans le domaine de la prévention sanitaire.
- *Motion Schenker 07.3544 du 22 juin 2007 Mesures contre les maladies chroniques.* Cette motion charge le Conseil fédéral de créer les bases légales en vue de coordonner, de mettre en œuvre et d'évaluer les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies chroniques.

Le 28 septembre 2007, le Conseil fédéral a proposé au Parlement d'accepter ces trois motions. Depuis, celles-ci ont été classées, leur examen n'ayant pas été achevé dans les deux ans à compter de leur dépôt.

3

Commentaire

3.1

Chapitre 1

Prévention, promotion de la santé et détection précoce

3.1.1

Section 1

Dispositions générales

Art. 1 Objet

En conformité avec l'art. 118, al. 2, let. b, Cst., le projet LPrév régit la prévention et la détection précoce des maladies humaines qui présentent la caractéristique d'être transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses (*al. 1, let. a*; cf. aussi à ce sujet ch. 2.4.1), que ces maladies soient des maladies somatiques, physiques ou psychiques (cf. aussi à ce sujet commentaire relatif à l'art. 3, let. d à g). L'*al. 1, let. b*, dispose que ledit projet régit également la promotion de la santé, pour autant qu'elle contribue à la prévention des maladies concernées. Cette précision exclut du champ d'application l'ensemble des mesures de promotion de la santé principalement destinées à créer des conditions de vie salutogènes (amélioration du cadre de vie dans les quartiers d'habitation, etc.) ou à améliorer de façon générale le bien-être et la qualité de vie.

Ne sont pas non plus comprises dans l'objet du projet LPrév, mais régies par des lois spéciales, la sécurité au travail et la protection de la santé au travail (LAA¹⁰⁴ et LTr¹⁰⁵), la prévention des accidents non professionnels (LAA), la prévention routière (LCR¹⁰⁶), et la prévention de la violence (art. 386 CP¹⁰⁷). La coordination des mesures découlant du projet LPrév avec les mesures de prévention découlant des lois mentionnées est néanmoins garantie par l'art. 10.

La loi est en revanche applicable à la prévention du suicide et à la prévention de la dépendance aux soins, du moins aux mesures visant à prévenir les maladies physiques ou psychiques sous-jacentes.

Elle régit également les tâches, l'organisation et le financement de l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé (*al. 1, let. c*).

L'al. 2 règle le rapport de la loi sur la prévention avec les dispositions spécifiques concernant la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce inscrites dans les lois spéciales. Pour autant que ces lois ne prévoient pas d'autres dispositions, la loi sur la prévention s'applique. Par conséquent, les dispositions complémentaires et dérogatoires fixées dans ces lois spéciales priment la loi sur la prévention. Il s'agit notamment des dispositions:

- de la LEp¹⁰⁸ relatives aux mesures de lutte et de prévention spécifiquement destinées à protéger l'homme contre les maladies transmissibles;
- de la LStup¹⁰⁹ relatives aux mesures médico-sociales et d'assistance destinées à prévenir et traiter les maladies liées à la dépendance;
- de l'art. 12 LDAI¹¹⁰ concernant l'information sur les connaissances scientifiques d'intérêt général en matière de nutrition, et de l'art. 67 LPTh¹¹¹ concernant l'information sur l'utilisation correcte des produits thérapeutiques;
- de la Lalc¹¹² relatives aux mesures de prévention de la consommation nocive d'alcool, en particulier à l'interdiction de la publicité et à la protection des jeunes;
- de la loi fédérale du 17 mars 1972 encourageant la gymnastique et les sports¹¹³ relatives à la promotion de l'exercice physique;
- relatives aux modalités de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts liés aux mesures individuelles de prévention et de détection précoce.

Dire que les dispositions spécifiques d'autres lois fédérales sont réservées ne signifie pas toutefois que les instruments de pilotage et de coordination (objectifs nationaux au sens de l'art. 4, et stratégie du Conseil fédéral au sens de l'art. 5) ne pourront pas

104 RS **832.20**

105 RS **822.11**

106 RS **741.01**

107 RS **311.0**

108 RS **818.101**

109 RS **812.121**

110 RS **817**

111 RS **812.21**

112 RS **680**

113 RS **415.0**; cette loi fait l'objet d'une révision totale. Le 13 mai 2009, le Conseil fédéral a chargé le DDPS d'élaborer le projet de loi et le message correspondant d'ici à fin 2009.

intégrer les domaines régis par ces lois: pour réaliser l'objectif poursuivi à travers ces instruments, il est en effet indispensable de poursuivre une stratégie de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce qui soit véritablement globale et qui tienne donc aussi compte de ces domaines importants. Cela ne signifie pas non plus que les programmes nationaux au sens de l'art. 6 ne pourront pas contribuer au pilotage et à l'harmonisation des mesures découlant de ces mêmes lois.

Art. 2 But

Selon l'*al. 1*, le projet LPrév a pour but non seulement de protéger et de préserver la santé des personnes, mais aussi de diminuer les effets (financiers) des maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses sur la population (c.-à-d. de contrer l'augmentation des coûts de santé et des primes d'assurance-maladie) et sur l'économie nationale (c.-à-d. de maintenir la capacité de travail des seniors). Ainsi a-t-il aussi pour objectif, afin de répondre à l'évolution démographique, de promouvoir le vieillissement en bonne santé (c.-à-d. l'augmentation de l'espérance de vie sans maladie ni handicap) et les capacités fonctionnelles physiques et psychiques (non seulement la capacité de travail mais aussi la capacité à s'impliquer dans la vie de la société).

L'*al. 2* expose les objectifs de la réglementation proposée.

Let. a: le fait de promouvoir la culture sanitaire conduit à responsabiliser les gens face à leur santé: une personne dotée de culture sanitaire, c'est-à-dire de la faculté de prendre au quotidien des décisions qui influent positivement sur sa santé, est non seulement capable de s'autodéterminer et d'assumer sa liberté de choix et de décision concernant sa santé mais aussi mieux à même de trouver les informations sanitaires dont elle a besoin, de comprendre ces informations, et donc de prendre en main sa propre santé. Toutefois, il faut garder à l'esprit que, selon leur âge, leur origine, leurs aptitudes personnelles et leur environnement, toutes les personnes ne disposent pas, loin s'en faut, des mêmes ressources (au sens large du terme) pour améliorer leur culture sanitaire.

La culture sanitaire englobe cinq domaines principaux¹¹⁴:

- *la santé personnelle* (gestion de la santé au niveau personnel, connaissance du comportement à avoir et mise en pratique de ce comportement tant pour soi-même que pour sa famille);
- *le comportement de consommation* (capacité à tenir compte d'éléments sanitaires dans le choix des produits et des prestations achetés);
- *le monde professionnel* (prise de mesures pour éviter les accidents et les maladies professionnels; engagement en faveur de la sécurité, de conditions de travail salutogènes et de l'instauration d'un meilleur équilibre entre travail et vie privée);
- *la connaissance du système de santé* (compréhension du système, capacité à se poser en interlocuteur compétent face aux professionnels);

¹¹⁴ Kickbusch, I., Maag, D., Saan H.: Enabling Healthy Choices in Modern Health Societies. Paper for the European Health Forum Bad Gastein 2005 (en anglais uniquement).

- *la politique de santé* (action éclairée sur la politique de santé, défense des droits en matière de santé, avis sur les questions sanitaires, participation à des organisations de santé et de patients).

Let. b: le mode de vie de chacun est fonction d'un faisceau de facteurs: indépendamment de sa constitution, ce sont ses conditions de vie sociales, culturelles et environnementales qui font qu'une personne choisit un mode de vie plutôt bon ou plutôt mauvais pour sa santé. Il est indispensable de prendre en compte ces différents aspects et les besoins spécifiques qu'ils entraînent, lors de la conception des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Et il est important de toujours considérer l'amélioration du comportement sanitaire en relation avec les différents domaines de la vie sociale (école, loisirs, conditions de travail, etc.). Ainsi le projet LPrév doit-il créer le cadre et les conditions nécessaires pour inciter les personnes à faire des choix salutaires pour leur santé et aussi pour donner à ces dernières les moyens de faire ces choix. Il faut préciser à ce sujet que les mesures de prévention de nature réglementaire ou structurelle (cf. art. 3, let. a ci-dessous) ne pourront pas être mises en œuvre en vertu dudit projet mais devront être inscrites dans les lois spéciales fédérales ou cantonales¹¹⁵.

Il est en outre nécessaire de concevoir le cadre et les conditions en question en tenant compte des différences de besoins et de ressources (au sens large du terme) entre les divers groupes cibles (enfants et adolescents, seniors, personnes issues de la migration, personnes vivant avec un handicap, etc.). Mais aussi en gardant à l'esprit que ce cadre et ces conditions relèvent souvent, et largement, de politiques dépassant la seule politique de santé. C'est d'ailleurs ce qui explique pourquoi les mesures de politique sanitaire destinées à promouvoir la santé et le bien-être ne se suffisent généralement pas à elles-mêmes et doivent être accompagnées de mesures et mouvements politiques relevant d'autres domaines. Et ce qui amène à conclure qu'il faut, pour être efficace, mener une politique de santé multisectorielle¹¹⁶ (cf. aussi à ce sujet let. e ci-dessous), reposant sur une approche intégrée, embrassant tous les domaines politiques et visant à ce que les questions sanitaires soient prises en compte dans les processus de planification et de décision des autres politiques sectorielles.

Let. c: la Suisse est devenue ces dernières décennies une société où l'on vit longtemps: de plus en plus de gens peuvent espérer atteindre un âge avancé sans problème de santé majeur. Néanmoins, les chances de vivre vieux et en bonne santé ne sont pas les mêmes pour tous. On observe en effet des inégalités devant la santé. Celles-ci dépendent notamment du statut socio-économique: des études scientifiques démontrent que, en Suisse comme ailleurs, les personnes ayant un statut social peu élevé (c.-à-d. un niveau de formation peu élevé, un statut professionnel peu élevé ou un revenu faible) sont plus malades et meurent plus jeunes que celles bénéficiant

¹¹⁵ En vertu du principe de la légalité, les mesures de prévention de nature structurelle doivent obligatoirement être réglées au niveau de la loi, et pas seulement dans le droit d'exécution ou dans des ordonnances.

¹¹⁶ Cf. à ce sujet p. ex., Office fédéral de la santé publique: Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé – Berne, septembre 2005 – accessible sous: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00403/index.html?lang=fr>.

d'un statut social élevé¹¹⁷. Mais elles peuvent aussi être alimentées par des facteurs socioculturels, tels que l'âge, le sexe, la situation familiale, la nationalité, le passé migratoire ou encore un handicap. En tout état de cause, tous ces facteurs d'inégalité se traduisent par des risques et une vulnérabilité accrus en matière de santé. Pour ne rien arranger, les groupes de personnes concernés sont aussi ceux qui rencontrent le plus de difficultés pour accéder aux soins, à la prévention, à la promotion de la santé et à la détection précoce.

Les mesures découlant de la loi proposée devront donc aussi contribuer à réduire les inégalités en matière de santé. Or, pour ce faire, elles devront comporter deux types d'actions: d'une part, des actions relevant directement de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, dirigées vers les groupes de personnes présentant un besoin d'intervention particulier en raison d'une vulnérabilité ou d'une prédisposition accrue (les stratégies du *gender mainstreaming*, du *migration mainstreaming* et du *disability mainstreaming*¹¹⁸ pouvant ici être utilisées comme principes directeurs pour garantir la prise en compte des besoins d'intervention des groupes de personnes défavorisés dans toutes les phases et tous les processus de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce); et, d'autre part, des actions relevant d'autres domaines politiques que la santé (politique sociale, politique économique, politique d'éducation) et propres à améliorer les conditions de vie de ces mêmes groupes de personnes.

Les let. d à g définissent les changements structurels et organisationnels visés par la loi. Celle-ci a pour objectif d'améliorer le pilotage et la coordination (*let. d*). Mais elle est aussi destinée à prendre en compte les déterminants de la santé (cf. art. 3, *let. h*, ci-dessous) et à associer plus étroitement les autres domaines politiques (politique sociale, d'éducation, d'intégration, économique et environnementale) dans la planification et la mise en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et, lorsque cela s'avère possible et judicieux, de détection précoce (approche multisectorielle axée sur les déterminants de la santé, *let. e*; cf. aussi à ce sujet commentaire relatif à la *let. b*), et enfin à contribuer à assurer la qualité des mesures et à encourager leur efficacité (*let. f*). Pour atteindre ce dernier objectif, il est notamment prévu d'étendre les rapports sanitaires (amélioration des données prises pour base), de relever les critères de qualité, et d'évaluer régulièrement chacune des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Etant précisé que pour être considérée comme étant de qualité, une mesure doit non seulement présenter une efficacité et une efficience élevées (un haut degré de réalisation des objectifs et un bon rapport coût-bénéfice) mais aussi être adaptée au groupe et au sexe visé.

L'al. 3 souligne deux points. Premièrement, lors de la mise en œuvre des mesures découlant de la présente loi, il faudra tenir compte du droit à l'autodétermination individuelle et, par conséquent, de la liberté de décision de chacun. Cette exigence

¹¹⁷ Cf. p. ex., à ce sujet Meyer K. (éditeurs), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*, Berne, 2009 ou Caritas Suisse: *Gesundheit – eine soziale Frage. Almanach social 2003*, Lucerne, 2003 (en allemand uniquement) ou encore Bopp M., Minder Ch.: *Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: Results from the Swiss National Cohort*. In: *International Journal of Epidemiology* 2003, n° 32, pp. 346 à 354 (en anglais uniquement).

¹¹⁸ Le *gender mainstreaming*, le *migration mainstreaming* et le *disability mainstreaming* sont trois stratégies visant à intégrer l'approche sexospécifique et la dimension migratoire à tous les niveaux et à tous les stades de l'organisation, de l'amélioration, du développement et de l'évaluation des processus décisionnels.

est dérivée du principe constitutionnel, selon lequel l'Etat ne doit pas, dans le cadre de l'application de la loi, outrepasser les limites de ses compétences, c'est-à-dire s'ingérer dans des domaines relevant des libertés individuelles et initier des actions restreignant de manière indue les droits fondamentaux ou encore la liberté économique de chacun. Deuxièmement, les mesures découlant de la présente loi ne devront, dans la mesure du possible, pas remettre en cause la diversité de la population, et en particulier les spécificités (socio)culturelles des différents groupes de personnes qui la composent. Même si, d'un autre côté, elles devront être conçues de manière à répondre aux besoins spécifiques de chacun de ces groupes.

Dans une approche axée sur les groupes cibles, les mesures spécifiques de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce qui s'imposent sont déterminées sur la base des données épidémiologiques permettant d'identifier les groupes cibles concernés. Les mesures sont mises sur pied en tenant compte des ressources (langue ou instruction) et des besoins spécifiques de chaque groupe en fonction du sexe, du passé migratoire, de l'orientation sexuelle ou d'un éventuel handicap. Ainsi, l'efficacité des mesures sera plus grande, et l'égalité des chances préservée.

Art. 3 Définitions

Comme beaucoup d'autres notions constitutionnelles, la notion de santé est vague. Elle n'est pas définie par le droit et il est donc nécessaire de la préciser à chaque fois que de besoin, en se référant à des définitions scientifiques¹¹⁹.

Les définitions données à l'art. 3 ont été élaborées en partant de l'hypothèse que la santé est une variable se déplaçant en permanence sur un continuum dont les deux pôles sont, d'un côté, un état de santé absolu et, de l'autre, un état de maladie absolu. Vue sous cet angle, la santé apparaît comme un équilibre entre facteurs pathogènes et facteurs salutogènes, mais un équilibre à rétablir sans cesse et dépendant de quatre dimensions: condition physique et psychique, mode de vie personnel, environnement et conditions de vie (formation, travail, etc.), et enfin soins médicaux (système de santé)¹²⁰. Elle représente un bien individuel et collectif allant au-delà de la simple absence de maladie.

La *let. a* définit la «prévention». Or on distingue trois formes de prévention:

- *la prévention primaire*: mesures ciblées destinées à réduire le nombre de manifestations nouvelles d'une maladie ou d'un problème de santé à travers l'atténuation des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de protection (promotion de la santé) et s'adressant généralement à l'ensemble de la population;
- *la prévention secondaire*: mesures ciblées destinées à intervenir précocement auprès des personnes et des groupes présentant des facteurs de risque connus pour certaines maladies ou troubles ou bien des symptômes déjà observables;

¹¹⁹ L'une des définitions les plus connues de la santé a été formulée en 1948 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS): «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain» (préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé du 22 juillet 1946; RS **0.810.1**).

¹²⁰ Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J.: *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 2007, Berne; 2^e édition remaniée (en allemand uniquement).

- *la prévention tertiaire*: mesures ciblées destinées à empêcher la survenue de dommages consécutifs à une maladie préexistante.

On fait également la distinction entre prévention comportementale et prévention contextuelle:

- *la prévention comportementale*: mesures destinées à influencer sur le comportement des individus pour leur permettre une gestion autonome des risques de santé et pour améliorer leur culture sanitaire, et consistant notamment en des actions d'information, d'éducation et de conseil;
- *la prévention contextuelle (ou structurelle)*: mesures destinées à influencer sur les conditions de vie et de travail ainsi que sur l'environnement, pouvant consister aussi bien en des dispositions réglementaires (p. ex., impôts sur l'alcool et le tabac, interdictions de vente) qu'en des actions visant à promouvoir des comportements salutogènes déterminés (p. ex., construction de pistes cyclables, distribution gratuite de préservatifs), mais sortant le plus souvent du strict champ de la politique de santé (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 2, al. 2, let. b).

La *let. b* définit la «promotion de la santé». La promotion de la santé vise à protéger la santé des personnes et à empêcher les maladies en promouvant l'ensemble des facteurs influant sur la santé, c'est-à-dire à la fois les modes de vie tels qu'une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, le fait de ne pas fumer et de consommer de l'alcool avec modération (facteurs individuels) et les conditions de vie (facteurs collectifs). Ainsi, elle consiste en des actions et des mesures visant à renforcer les connaissances et les capacités des individus par l'*empowerment*¹²¹ et l'incitation à la participation, mais aussi en des actions et mesures visant à modifier les déterminants de la santé (cf. *let. h* ci-dessous) de telle manière que ces derniers aient un effet positif sur la santé individuelle et sur celle de la population dans son ensemble. Ce dernier type d'actions et de mesures n'est toutefois pas couvert par le champ d'application du projet LPrév (cf. commentaire relatif à l'art. 1, al. 1, let. b).

La *let. c* définit la «détection précoce». Les mesures de détection précoce permettent de déceler chez des personnes déterminées des risques de développer des maladies, des situations de risques ou des maladies existantes dont ces mêmes personnes n'avaient préalablement pas connaissance. L'objectif étant à la fois d'avoir un bénéfice potentiel supérieur au risque et de maintenir les coûts à un niveau raisonnable, aucune mesure de détection précoce de grande ampleur (programme de détection organisé à l'échelle de la population) ne peut être prise si elle ne remplit pas un ensemble de critères clairement définis, dont voici quelques exemples: la maladie recherchée doit pouvoir faire l'objet d'un traitement précoce, la méthode de détection utilisée doit être validée (fiable), et le programme concerné doit lui-même être efficace et efficient.

La *let. d* définit la «maladie», laquelle englobe toutes les maladies physiques et psychiques médicalement classables et reconnues par l'OMS, une définition très proche de celle formulée à l'art. 3 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

¹²¹ L'*empowerment* englobe toutes les mesures et stratégies propres à relever le degré d'autonomie et d'autodétermination de personnes ou de communautés données, et à permettre à celles-ci non seulement d'agir dans le sens de leurs intérêts mais aussi de défendre ces intérêts de leur propre chef, en toute responsabilité et en toute liberté.

générale du droit des assurances sociales (LPGA)¹²². Conformément à l'art. 118, al. 2, let. b, Cst., le champ d'application du projet LPrév se limite cependant aux maladies précisées aux *let. e à g* (cf. aussi à ce sujet art. 1, al. 1, let. a, et ch. 2.4.1 ci-dessus)¹²³. Les maladies transmissibles comprennent notamment le VIH/sida, la tuberculose ou encore la grippe saisonnière. Les maladies très répandues englobent, par exemple, les maladies cardio-vasculaires, les dépressions et le diabète, et les maladies particulièrement dangereuses, le cancer, les maladies rhumatismales et la schizophrénie.

La *let. h* définit les «déterminants de la santé». D'un point de vue politique, les principaux déterminants de la santé, c'est-à-dire les principales conditions structurelles dont dépend la santé, concernent six catégories, qui sont autant de domaines d'action: a) sécurité sociale et égalité des chances, b) emploi et monde du travail, c) formation et qualification, d) cadre de vie et environnement naturel, e) logement et mobilité, f) sécurité alimentaire et alimentation. Des études scientifiques montrent que ces conditions structurelles influent tout autant sur la santé de l'individu et des différents groupes de personnes que leurs prédispositions génétiques et biologiques, leur mode de vie ou encore la qualité des structures de soins auxquelles ils ont accès: les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé (eu égard à leur niveau de formation, leur position professionnelle et leur revenu), et les personnes vivant dans des conditions précaires ou ayant un statut de séjour de courte durée, présentent un risque plus élevé de maladie et une charge de morbidité et une mortalité prématurée plus élevées; elles font aussi preuve d'un comportement sanitaire plus risqué. Or le système de santé lui-même n'a que peu d'influence sur les conditions structurelles énumérées ci-dessus. Par conséquent, l'amélioration des déterminants de la santé ne peut que passer par la mise en place d'une politique de santé multisectorielle, embrassant tous les domaines politiques (cf. aussi art. 2, al. 2, let. e).

La *let. i* définit le terme de «programme». Les programmes ne pourront être efficaces et efficients que si les différentes mesures qui les composent sont élaborées de façon coordonnée dans le cadre d'une approche globale, axées sur des objectifs communs (supérieurs), et mises en œuvre sous la direction d'un seul service. Ils seront soumis à un certain nombre de restrictions en ce qui concerne leurs objectifs, leur champ d'application, leur durée et leur budget (cf. aussi à ce sujet commentaire relatif à l'art. 6).

3.1.2 Section 2 Instruments de pilotage et de coordination

Art. 4 Objectifs nationaux

La séparation des compétences établie par la Constitution veut que l'exécution des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce relève en premier lieu des cantons. Mais la multiplicité des initiatives et stratégies, également dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses, déployées à la fois par le privé et par le public fait que

¹²² RS 830.1

¹²³ La *let. e* devra être adaptée à la nouvelle loi sur les épidémies (RS 818.101), lorsque la révision totale de la loi du 18 décembre 1970 sera entrée en vigueur.

tout le monde s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'améliorer l'efficacité des mesures et l'efficience de l'utilisation des ressources en fixant des priorités de politique sanitaire et en renforçant la collaboration horizontale et verticale entre les différents acteurs. Or, conformément au mandat du 28 septembre 2007 du Conseil fédéral (cf. ch. 1.4.5 ci-dessus), les priorités en question et donc l'amélioration du pilotage et de la coordination doivent être atteintes par la formulation d'objectifs nationaux de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce.

L'*al. 1* confère expressément la formulation des objectifs au Conseil fédéral. Dans les faits, celui-ci confiera l'initiation du processus au DFI (OFSP) et n'interviendra qu'en toute dernière instance pour adopter formellement, par arrêté, les objectifs définis. La formulation et l'adoption des objectifs nationaux s'inscriront dans un cycle comprenant les étapes suivantes: réception du mandat, formulation des objectifs, adoption des objectifs, mise en œuvre, évaluation du degré de réalisation des objectifs et établissement de rapports. Selon l'*al. 1*, ce cycle devra se répéter tous les huit ans; mais une évaluation périodique a été prévue (cf. art. 20, al. 1) afin que les objectifs puissent aussi être adaptés en cours de cycle en cas d'évolution de la situation. La durée de huit ans a été choisie pour deux raisons: premièrement, l'expérience nationale et internationale montre que les mesures de prévention et de promotion de la santé prises pour réaliser les objectifs sanitaires ne produisent généralement leurs effets qu'au bout d'un certain temps; deuxièmement, cette durée permettra au Conseil fédéral de coordonner le contenu et le calendrier des objectifs nationaux avec le programme de la législature, puisqu'il établit ce programme tous les quatre ans. Les mesures concrètes nécessaires à la réalisation des objectifs nationaux seront définies et arrêtées dans le cadre de l'élaboration de la stratégie du Conseil fédéral (art. 5) et des programmes nationaux (art. 6).

Le respect de la Constitution exige que les objectifs nationaux se rapportent à des maladies spécifiques. Ils doivent donc porter sur les maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses en accord avec la formulation de l'art. 118, al. 2, let. b, Cst.

Exemples d'objectifs se rapportant à des maladies spécifiques¹²⁴

Danemark	The growth rate in the number of people with non-insulin-dependent diabetes should be reduced. (Quelle: Healthy throughout life, 2002–2010)
Allemagne	Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. (Quelle: Gesundheitsziele.de)
Haute-Autriche	Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschafts-komplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 % gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden. (Quelle: 10 Gesundheitsziele für das 21. Jahrhundert)
Suisse	D'ici 2010, la consommation d'alcool par les jeunes tombe sous le niveau de 1990. (Source: Buts pour la santé en Suisse, 2002)
Etats-Unis	Reduce the number of new cancer cases as well as the illness, disability, and death caused by cancer. (Quelle: Healthy People 2010)

Le processus participatif de formulation des objectifs nationaux, qui durera environ 18 mois, peut être divisé en quatre phases:

- *1^{re} phase*: élaboration des bases scientifiques nécessaires à la formulation des objectifs, puis d'une première mouture des objectifs, par un comité composé d'experts de la Confédération, des cantons, des organisations spécialisées et de la communauté scientifique et institué conjointement par le DFI et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).
- *2^e phase*: large débat de fond sur la première mouture des objectifs entre la Confédération, les cantons et les milieux concernés; établissement d'un rapport intermédiaire synthétisant les résultats du débat, puis débat politique sur les objectifs avec des membres de commissions parlementaires et des responsables des milieux politique, social et économique; sur cette base, élaboration d'un bilan et d'une deuxième mouture des objectifs.
- *3^e phase*: conduite d'une audition écrite en application de l'art. 10 de la loi du 18 mars 2005 sur la consultation¹²⁵.
- *4^e phase*: adoption des objectifs définitifs par le Conseil fédéral et l'assemblée plénière de la CDS, et signature par les acteurs non étatiques d'une déclaration d'engagement concernant la mise en œuvre de ces objectifs.

Compte tenu du fait que l'exécution des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce relèvera en premier lieu des cantons, il est important que ceux-ci soient étroitement associés à l'élaboration des objectifs nationaux (parti-

¹²⁴ Les objectifs cités comme exemples ont été repris tels quels, dans leur langue d'origine. Sources: *Pour le Danemark*: Government of Denmark: Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010; September 2002. *Pour l'Allemagne*: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung: gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland, 2008. *Pour la Haute-Autriche*: Institut für Gesundheitsplanung: 10 Gesundheitsziele für Oberösterreich, 2000, actualisé 2006. *Pour la Suisse*: Société suisse de santé publique: Buts pour la santé en Suisse, 2002. *Pour les Etats-Unis*: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed., November 2000.

¹²⁵ RS 172.061

cipation en tant qu'entités compétentes): il serait notamment possible d'utiliser comme plate-forme stratégique le Dialogue déjà instauré entre la Confédération et les cantons par la Convention sur la Politique nationale de santé¹²⁶. Le Conseil fédéral estime en outre indispensable que les objectifs nationaux soient formulés dans le cadre d'un processus participatif impliquant un grand nombre d'acteurs, afin de s'assurer que ces objectifs bénéficient d'une légitimité suffisante pour être ensuite effectivement mis en œuvre. Il faut par ailleurs souligner que la formulation des objectifs devra être en permanence axée sur les impératifs scientifiques, d'une part, et les impératifs politiques et pratiques, d'autre part.

Les «milieux concernés» mentionnés à l'*al. 2* comme étant associés à la définition des objectifs renvoient à toutes les institutions et organisations publiques et privées concernées, directement ou indirectement, par ces objectifs, à savoir aux commissions compétentes des Chambres fédérales, aux instances intercantionales de coordination¹²⁷, aux villes et aux communes, aux organisations professionnelles médicales et non médicales, aux organes de recherche (c.-à-d. aux universités et aux hautes écoles spécialisées), aux organisations privées de santé et de prévention et aux autres associations spécialisées dont une partie de l'activité porte sur la prévention et la promotion de la santé, aux organisations de patients, aux assureurs maladie et accidents, et enfin aux associations professionnelles et économiques.

Pour le Conseil fédéral et les services fédéraux compétents, les objectifs nationaux revêtiront un caractère contraignant, en ce sens qu'ils devront obligatoirement être pris en compte lors de l'élaboration de la stratégie de prévention et de promotion de la santé du Conseil fédéral (cf. art. 5, al. 2). En revanche, pour les autres acteurs impliqués, au premier rang desquels les cantons, ils auront uniquement valeur de directives (sur la portée des objectifs nationaux dans la conception des mesures et programmes cantonaux, cf. commentaire relatif à l'art. 11, al. 2). Néanmoins, la dimension participative donnée au processus de formulation (cf. ci-dessus) devrait, parmi d'autres éléments, inciter ces mêmes acteurs à s'engager politiquement en faveur des objectifs et, surtout, de leur mise en œuvre.

Selon l'*al. 3*, la Confédération devra formuler les objectifs nationaux en s'appuyant sur les bases scientifiques que constituent les rapports sanitaires élaborés de façon régulière au sens de l'art. 19, al. 1, et intégrant les déterminants de la santé, le rapport national sanitaire (*let. a*; cf. aussi art. 19), l'état actuel de la science (*let. b*), et les recommandations et directives des organisations internationales (*let. c*). Mais elle devra aussi intégrer dans ses réflexions les besoins des différents groupes de personnes (enfants et adolescents, seniors, personnes issues de la migration, etc.), ce qui impliquera, d'une part, d'élaborer en amont des rapports sanitaires isolant les facteurs sociodémographiques, et d'autre part, de mener des projets de recherche ou des enquêtes ponctuelles auprès de la population pour détecter ces besoins (*let. d*).

¹²⁶ Convention entre la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Confédération suisse (Confédération) représentée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la Politique nationale suisse de la santé du 15 décembre 2003.

¹²⁷ On compte notamment parmi les instances intercantionales de coordination la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), l'Union des villes suisses (UVS) ou encore l'Association des communes suisses (ACS).

Concrètement, les objectifs nationaux devront être formulés de façon à être contrôlables, c'est-à-dire être chiffrés ou se référer à des éléments quantifiables. C'est le seul moyen de s'assurer que le Conseil fédéral et les cantons pourront en évaluer régulièrement le degré de réalisation (cf. art. 20, al. 1).

Art. 5 Stratégie du Conseil fédéral

La stratégie de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce du Conseil fédéral constitue l'instrument stratégique sur lequel s'appuiera le Conseil fédéral pour le pilotage, la coordination et la mise en œuvre des objectifs nationaux (cf. art. 4).

L'*al. 1* dispose que le Conseil fédéral définira dans sa stratégie les grandes lignes de sa politique de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. L'objectif ici est quadruple: la stratégie du Conseil fédéral doit permettre à la fois de délivrer un message cohérent à toute l'administration fédérale, de coordonner les activités des services fédéraux et des commissions extraparlimentaires, d'assurer la concordance entre les tâches et les moyens financiers (cf. aussi à ce sujet ch. 2.5) et d'améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources. La stratégie du Conseil fédéral devra être redéfinie tous les quatre ans et suivra donc le cycle du programme de la législature.

L'*al. 1* fournit en outre le détail des bases qui devront être définies dans la stratégie du Conseil fédéral, à l'adresse non seulement des services fédéraux compétents de l'administration centrale mais aussi de l'institut. Cependant, le Conseil fédéral pourra ne pas se limiter aux bases énumérées aux *let. a à d*, et prévoir en complément des mesures structurelles pour la réalisation des objectifs nationaux (introduction de nouvelles réglementations légales ou révisions partielles de lois existantes, etc.). Sachant que l'élaboration et la mise en œuvre de ce type de mesures, de même que leur harmonisation avec le programme de la législature au sens de l'art. 146 de la loi du 13 décembre 2002 sur le Parlement (LParl)¹²⁸, incomberont aux services fédéraux compétents de l'administration centrale. Et qu'il faudra en outre coordonner et harmoniser leur contenu avec celui de la Stratégie pour le développement durable du Conseil fédéral¹²⁹.

Selon la *let. a*, le Conseil fédéral devra, par le biais de sa stratégie, et pour être en conformité avec ses propres directives en matière de gouvernement d'entreprise¹³⁰, redéfinir tous les quatre ans les objectifs stratégiques de l'institut. Cette disposition lui fournira un instrument pour donner à l'établissement un certain nombre de directives sur sa gestion et ses tâches, par exemple, sur la manière de conduire la collaboration internationale, la gestion interne de la qualité ou encore la gestion des ressources. Etant précisé que les directives relatives aux tâches consisteront en fait à spécifier les tâches déjà définies, mais de manière générale, dans le projet LPrév. Et que l'institut sera associé à la définition de ses propres objectifs.

¹²⁸ RS 171.10

¹²⁹ Depuis 1997, la Stratégie pour le développement durable fournit au Conseil fédéral la base nécessaire pour mettre en œuvre un développement durable de la Suisse conformément à son mandat constitutionnel. La dernière version de la stratégie comprend les lignes directrices de la politique fédérale et un plan d'action pour la durée de la législature en cours (2008–2011) – accessible sous: <http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00262/00528/index.html?lang=fr>.

¹³⁰ FF 2006 7799

Selon la *let. b*, le Conseil fédéral devra définir dans sa stratégie les bases des programmes nationaux au sens de l'art. 6. Plus concrètement, il devra déterminer les thèmes de ces programmes, dont l'élaboration et la mise en œuvre seront confiées à l'institut, en se basant sur les objectifs nationaux préalablement définis. Mais il aura aussi la possibilité à ce niveau d'indiquer les groupes de personnes (enfants et adolescents, seniors, personnes issues de la migration, personnes vivant avec un handicap, etc.) ou les domaines de vie (école, travail, etc.) sur lesquels faire porter des efforts particuliers.

Selon la *let. c*, la stratégie du Conseil fédéral répertorie les projets prévus ou réalisés qui doivent faire l'objet d'une évaluation de l'impact sanitaire selon l'art. 9 en raison de la portée particulière qu'ils revêtent pour la santé publique. Le choix de ces projets se fait sur la base d'une analyse de pertinence, telle qu'elle est aujourd'hui appliquée, p. ex., dans le cadre de l'évaluation de durabilité.¹³¹ Si, pendant la période de validité de la stratégie, un autre projet d'une certaine portée pour la santé de la population ou celle d'un certain groupe de personnes devait être lancé, le Conseil fédéral pourrait également prévoir la réalisation d'une évaluation de l'impact sanitaire au moyen d'un arrêté fédéral.

Selon la *let. d*, le Conseil fédéral devra en fait définir, tous les quatre ans, deux éléments distincts. Premièrement, il devra définir les bases stratégiques concernant l'utilisation des recettes issues des prélèvements pour la prévention au sens de l'art. 12, notamment déterminer quelle part de ces recettes pourra être utilisée pour le financement des programmes nationaux au sens de l'art. 6, et quelle part devra être utilisée pour subventionner des programmes ou projets cantonaux (cf. art. 12). En outre, si les demandes présentées excèdent les ressources disponibles, un ordre de priorité devra être fixé, en conformité avec l'art. 13, al. 2, de la loi du 5 octobre 1990 sur les subventions (LSu)¹³². La comptabilité de l'institut devra être tenue de telle sorte que le respect de ces bases stratégiques puisse être contrôlé (cf. art. 34). Deuxièmement, le Conseil fédéral devra fixer l'orientation des aides financières au sens de l'art. 14¹³³ et notamment la clé de répartition des aides entre les organisations nationales à but non lucratif (ligues de santé, etc.) offrant en particulier des prestations de prévention primaire et secondaire aux malades chroniques. De plus, il faudra notamment veiller à ce que les subventions ne se cumulent pas.

Selon la *let. d* enfin, le Conseil fédéral devra aussi définir dans sa stratégie les mesures à mettre en œuvre pour optimiser durablement les statistiques et les rapports sanitaires au sens des art. 17 et 19. Il est indispensable en effet, pour pouvoir conduire une politique de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce réellement orientée vers les objectifs, de disposer de données statistiques sur la santé et de rapports sanitaires nationaux scientifiquement fondés.

¹³¹ Cf. à ce sujet: Office fédéral du développement territorial: Evaluation de la durabilité. Guide pratique pour les services fédéraux et autres intéressés, Berne, novembre 2008 – accessible sous: <http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=fr>.

¹³² RS 616.1

¹³³ Il est prévu de profiter de la prochaine révision totale de la Lalc pour examiner la nécessité d'intégrer un quatrième élément dans la stratégie du Conseil fédéral, à savoir les bases stratégiques régissant l'utilisation de l'impôt sur l'alcool pour subventionner les mesures de prévention de l'alcoolisme des organisations et institutions nationales et inter-cantoniales (au sens de l'art. 43a Lalc actuel).

Lorsqu'il définira sa stratégie, le Conseil fédéral devra se baser sur les objectifs nationaux (*al. 2*). Il devra aussi analyser les effets potentiels de sa stratégie sur la société, l'économie et l'environnement (*let. a*), afin d'éviter de faire peser des contraintes inutiles sur certaines personnes, sur certains groupes de personnes ou encore sur les entreprises.

Techniquement, la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce au sens de l'art. 1 présentent des rapports étroits avec d'autres domaines de prévention, notamment avec la prévention des accidents professionnels, des maladies professionnelles et des accidents non professionnels au sens de la LAA¹³⁴, avec la protection de la santé au sens de la LTr¹³⁵, avec la prévention des accidents de la route au sens de la LCR¹³⁶, ou encore avec la prévention de la violence au sens de l'art. 386 CP¹³⁷. C'est la raison pour laquelle la *let. b* dispose que le Conseil fédéral devra tenir compte dans sa stratégie des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce prévues par ces quatre actes.

Le processus d'élaboration de la stratégie du Conseil fédéral sera dirigé par le DFI (OFSP). Cette stratégie sera définie non seulement avec le concours de l'institut et des autres services fédéraux concernés, mais aussi, selon l'*al. 3*, en association avec les cantons, suivant une procédure qui reste à préciser. Avant la prise de décision finale, toutes les autres institutions et organisations directement ou indirectement concernées par cette stratégie devront de surcroît être consultées (cf. aussi art. 4, al. 2), dans le cadre d'une audition au sens de l'art. 10 LCo¹³⁸.

3.1.3 Section 3 Mesures de la Confédération et des cantons

Art. 6 Programmes nationaux

Les programmes nationaux seront essentiellement réservés aux questions complexes et multidimensionnelles (prévention de l'alcoolisme, prévention du tabagisme, promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière, prévention des maladies psychiques, prévention et détection précoce du cancer, etc.), ne pouvant être traitées efficacement qu'à travers la mise en œuvre de mesures regroupées et coordonnées entre elles.

Ils ne pourront pas uniquement porter sur un risque sanitaire précis ou sur une maladie déterminée, mais devront aussi s'adresser – dans l'optique de la réduction des inégalités en matière de santé visée à l'art. 2, al. 2, let. c – à un groupe de personnes choisi (personnes issues de la migration, seniors, personnes vivant avec un handicap, etc.) ou encore être axés sur un milieu de vie particulier (école, entreprise, commune, etc.).

Conformément à l'art. 5, al. 1, let. b, les bases stratégiques des programmes nationaux et, par voie de conséquence, les thèmes de ces programmes, seront prédéterminés par le Conseil fédéral en fonction des objectifs nationaux (cf. art. 5 ci-dessus).

¹³⁴ RS 832.20

¹³⁵ RS 822.11

¹³⁶ RS 741.01

¹³⁷ RS 311.0

¹³⁸ RS 172.061

Mais les programmes seront ensuite élaborés et mis en œuvre par l'institut, qui sera chargé, pour chaque thème retenu, à la fois de définir les domaines où agir et de planifier les mesures concrètes à prendre au niveau de la Confédération pour un horizon de quatre à huit ans (p. ex., les campagnes ou les modèles d'intervention de portée nationale; cf. al. 2 ci-dessous). Etant précisé que l'institut devra consulter les cantons et les milieux intéressés (cf. al. 3 ci-dessous), ce qui lui permettra d'harmoniser et de coordonner ses activités dans les différents domaines avec celles des autres acteurs concernés, que ces derniers soient publics ou privés, et qu'ils opèrent au niveau communal, cantonal ou national. Et que ces mêmes acteurs tirent eux aussi profit des programmes nationaux, puisqu'ils pourront s'en servir pour planifier et mettre en œuvre leurs propres mesures.

L'al. 2 dispose que l'institut pourra utiliser le cadre des programmes nationaux pour réaliser des campagnes au sens de l'art. 7, al. 3, et développer de nouveaux modèles d'intervention. Or il pourra également l'utiliser pour lancer des initiatives visant à amener des entreprises à but lucratif et d'autres institutions publiques ou privées à unir leurs forces pour améliorer les cadres de vie et les facteurs de santé physiques et sociaux et inciter ainsi la population à adopter délibérément une bonne hygiène de vie. Car c'est aussi grâce à ce type d'initiatives que les comportements salutogènes finiront par s'imposer à tous comme un choix évident.

Lorsqu'il élaborera les programmes nationaux, l'institut devra consulter les services fédéraux compétents, les cantons et les milieux intéressés, comme les villes, les communes, les organisations privées de santé et de prévention et, lorsque cela s'avère judicieux, les associations professionnelles et économiques concernées (al. 3). Comme le Conseil fédéral pour sa stratégie (cf. art. 5, al. 2), il devra aussi analyser les effets potentiels de ces programmes sur la société, l'économie et l'environnement, et veiller en outre à coordonner ceux-ci avec les activités découlant d'autres lois. Enfin, et ce n'est pas là la moindre de ses missions, il sera chargé d'évaluer l'efficacité et le caractère économique des programmes qu'il aura mis en œuvre (cf. art. 20, al. 3).

Art. 7 Information

La communication d'informations sur les risques sanitaires potentiels et les comportements salutogènes est l'une des conditions de base pour voir s'établir des comportements adaptés, et donc l'une des clés de la réussite en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Ainsi la Confédération devra-t-elle donner à la population toutes les cartes dont celle-ci a besoin pour améliorer sa culture sanitaire et se responsabiliser, à savoir lui fournir des informations, lui exposer les actions possibles et lui apporter les bases décisionnelles nécessaires. Mais elle pourra aussi transmettre des informations aux spécialistes du secteur de la santé ou d'autres secteurs, aux autorités (sanitaires ou autres) et aux milieux économiques. En outre, les informations devront être ciblées par rapport aux groupes de personnes concernées (al. 1).

Dans leur activité d'information, les autorités devront se conformer aux principes généraux de l'administration, notamment en informant de manière compréhensible, objective, transparente et proportionnée. Elles ne devront pas, en particulier, communiquer d'informations à d'autres fins que celles prévues, notamment à des fins de propagande.

On relèvera à ce sujet que l'art. 7 LPrév est formulé de manière générale et qu'il ne contient pas de dispositions détaillées sur les compétences de la Confédération en matière d'information de la population. Cela correspond à un choix délibéré, le but étant que l'article puisse être utilisé comme base légale non seulement par l'institut et l'OFSP mais aussi par d'autres services fédéraux parfois amenés à communiquer sur certains aspects de la prévention des maladies relevant de leurs compétences, comme l'OFSPPO, le SECO ou encore l'Office fédéral de l'environnement (OFEV). Il faut toutefois partir du principe qu'à l'exception d'activités d'information de police ou de politique sanitaire reposant sur une base légale spécifique, le travail d'information relative aux domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce relève en premier lieu de l'institut.

Les moyens d'information qui entreront en ligne de compte seront les suivants: communiqués et conférences de presse, mise à disposition ou distribution de matériel didactique, diffusion d'informations sur Internet (portail de la santé) ou par une ligne d'assistance (*hotline*), campagnes d'information à proprement parler (*al. 3*).

Les recommandations des autorités pourront prendre la forme de consignes de comportement à l'adresse de la population dans son ensemble, de groupes de personnes, ou encore de destinataires précis, par exemple de spécialistes du secteur de la santé ou d'autres secteurs (*al. 2*). Sur le plan juridique, ces recommandations ne seront pas contraignantes, mais elles pourront malgré tout avoir des effets: elles pourront causer des préjudices (financiers) aux particuliers et donc conduire à des actions en responsabilité contre l'Etat¹³⁹. Pour être recevables, elles devront satisfaire au principe de la proportionnalité, selon lequel toute atteinte (potentiel) aux droits fondamentaux doit se limiter au minimum nécessaire et exigible.

Lorsqu'il émettra des recommandations, l'Etat ne sera pas tenu de se cantonner à communiquer les faits. Il pourra parfaitement analyser ces faits de manière à tirer ses propres conclusions et à exprimer ses propres jugements, à condition toutefois que cela lui permette d'influer efficacement sur le comportement du public, et pour autant qu'il respecte le principe de l'objectivité.

La possibilité de réaliser des campagnes médiatiques pour sensibiliser la population à des risques sanitaires ou à des modes de comportement salutogènes précis, ou bien pour influencer les comportements et le contexte sanitaires, constituera elle aussi un instrument important à la disposition de la Confédération dans l'accomplissement de son action de prévention et de promotion de la santé (*al. 3*). Cependant, ces campagnes médiatiques ne devront pas consister en des mesures ponctuelles, mais être menées en premier lieu par l'institut, dans le cadre de programmes nationaux (cf. art. 6).

Afin de garantir la cohérence de l'information, tant au niveau du fond que de la forme, l'*al. 4* dispose que les services fédéraux compétents devront coordonner leur travail d'information entre eux et avec celui des cantons. Plus généralement, l'art. 7 doit également conduire à rechercher la coordination avec les mesures d'information découlant d'autres lois (p. ex., avec les mesures visant la réduction de la consommation d'alcool au volant).

¹³⁹ ATF 116 II 480 ss (Tchernobyl), 118 Ib 473 ss (Vacherin Mont d'Or).

Non seulement l'institut devra lui-même mettre en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce dans le cadre des programmes nationaux (cf. art. 6 ci-dessus), mais il devra aussi, selon l'*al. 1*, soutenir techniquement et méthodologiquement les cantons, les organisations privées de santé et de prévention, les organisations professionnelles médicales et non médicales, ainsi que les fournisseurs de prestations au sens de la LAMal et leurs associations faîtières dans la planification et la réalisation de leurs propres mesures. Ce faisant, il devra néanmoins accorder la priorité aux projets et aux programmes cantonaux susceptibles, de par leur contenu, de contribuer à la réalisation des objectifs nationaux.

Comme les mesures d'encouragement de la recherche et de promotion de la formation et du perfectionnement qui viendront les compléter (cf. art. 15 et 16), ces prestations techniques et méthodologiques fournies par l'institut (mesures de soutien) permettront d'assurer la qualité et l'efficacité de l'ensemble des mesures et activités de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, conformément au but fixé à l'art. 2, al. 2, let. f.

Selon les *let. a à e* de l'*al. 2*, l'institut sera notamment appelé à opérer dans les domaines de la documentation, de la gestion des connaissances et du traitement de l'information, de la valorisation des résultats de l'évaluation, de l'assurance qualité, du développement de nouveaux modèles d'intervention, de la coordination et du travail en réseau.

En tant que centre de compétences national en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, l'institut se chargera de recueillir, documenter et mettre à disposition les informations relatives aux développements scientifiques et aux découvertes en découlant (*let. a*). En assurant ainsi la transmission des connaissances, il contribuera de façon décisive, avec le concours étroit de ses partenaires, à renforcer et asseoir la place de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce dans le système de santé suisse. Sa mission consistera également, et c'est là une tâche que les scientifiques assurent relativement rarement eux-mêmes, à traiter et transmettre les connaissances pratiques disponibles, notamment celles, particulièrement précieuses, qui se trouvent dans les modèles d'intervention reconnus (modèles de bonnes pratiques). L'institut devra en effet encourager la documentation et la diffusion de ces modèles dans le but d'accroître l'efficacité et d'optimiser le rapport coût-bénéfice des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, tout particulièrement de ceux qui portent sur des risques sanitaires pour lesquels le travail de prévention n'en est encore qu'à ses débuts en Suisse, comme le déséquilibre alimentaire, le manque d'exercice physique ou les maladies psychiques. Dans le domaine précis de la détection précoce, l'institut aura également pour tâche de contribuer de façon significative à l'amélioration de l'évaluation scientifique des mesures de dépistage prises à l'échelle individuelle mais aussi à l'échelle de la population.

Pour autant, l'institut ne devra pas obligatoirement posséder en interne toutes les compétences spécifiques nécessaires. Il pourra en effet faire appel à des experts à chaque fois que cela lui sera nécessaire pour agir avec la souplesse et l'efficacité requises (cf. aussi à ce sujet art. 23, al. 2).

Par ses activités d'information et de documentation, et grâce à une approche multi-sectorielle, l'institut devra compléter le travail effectué par les centres de documentation qui sont déjà en place mais qui sont spécialisés dans des domaines spécifiques

de la prévention et de la promotion de la santé: par exemple, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Infodrog (centrale nationale axée sur les dépendances et la thérapie stationnaire), ou encore la Société Suisse de Nutrition. Il pourra ce faisant s'appuyer sur les activités de recherche des instituts universitaires de médecine sociale et préventive, des hautes écoles spécialisées et de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). L'obligation faite à l'institut de collaborer avec ces organisations et institutions, et avec d'autres encore, est inscrite à l'art. 23.

Comme prévu à l'art. 13, al. 1, let. d, tout projet ou programme cantonal financé entièrement ou en partie par des subventions tirées des prélèvements pour la prévention devra faire l'objet d'une évaluation de son efficacité. Les évaluations ainsi réalisées devront être transmises au service contributeur, c'est-à-dire à l'institut. Selon la *let. b*, il incombera à ce dernier de renforcer et d'accompagner activement la valorisation des résultats, en élaborant et en publiant des synthèses scientifiques, afin d'assurer une gestion orientée vers l'impact qui soit globale et intégrée¹⁴⁰. A cette fin, les évaluations de l'efficacité des projets et programmes soutenus seront analysées méthodiquement et scientifiquement, ce qui permettra, par exemple, d'établir des synthèses par groupe-cible, par milieu de vie, ou par mesure, et de dégager des conclusions pratiques de portée générale qui seront autant d'enseignements pour l'avenir. Les résultats des études d'évaluation en eux-mêmes seront accessibles au public. Les conclusions qui seront tirées de leur analyse scientifique seront quant à elles communiquées aux cantons, aux organisations privées de santé et de prévention et à d'autres structures susceptibles d'être subventionnées.

Pour garantir l'impact des programmes, projets et mesures et l'efficacité de leur mise en œuvre, l'institut devra, selon la *let. c*, élaborer des bases et des instruments méthodologiques. Il devra notamment définir des critères de qualité, tels que la prise en compte de l'approche intégrée de l'égalité des sexes¹⁴¹ ou encore l'orientation vers le groupe-cible. Mais il mettra également à disposition tout un ensemble d'instruments destinés à assurer la qualité de conception et de réalisation des projets: modèle «quint-essenz»¹⁴², méthode d'«auto-évaluation», ou encore standards SEVAL (définissant les exigences auxquelles les évaluations doivent répondre)¹⁴³.

Outre les critères de qualité applicables aux programmes, projets et mesures, l'institut devra aussi faire en sorte, selon la *let. d*, de développer des critères de qualité pour la formation et le perfectionnement des spécialistes travaillant dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. Il devra tenir compte des lois spéciales pertinentes, à savoir de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd)¹⁴⁴, de la loi fédérale du 13 décembre 2002

¹⁴⁰ La «gestion orientée vers l'impact» est une approche qui consiste à générer et systématiser de manière ciblée les informations relatives aux effets et à l'utilité soit de l'activité en elle-même soit de projets déterminés, précisément dans l'objectif d'optimiser les effets et l'utilité en question. La gestion orientée vers l'impact peut être dite intégrée lorsqu'elle englobe tout à la fois la planification des projets, le traitement des demandes de projets, la gestion de la qualité et de la durabilité, le contrôle de gestion, l'évaluation des projets, le *benchmarking* et l'évaluation des effets en général.

¹⁴¹ Cf. note de bas de page 118 ci-dessus.

¹⁴² Cf. à ce sujet <http://www.quint-essenz.ch/fr>.

¹⁴³ Cf. à ce sujet <http://www.seval.ch/fr/standards/index.cfm>.

¹⁴⁴ RS 811.11

sur la formation professionnelle (LFPr),¹⁴⁵ de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les hautes écoles spécialisées (LHES)¹⁴⁶ et de la loi du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités (LAU)¹⁴⁷.

La *let. e* confère à l'institut la double mission de mettre au point de nouveaux modèles d'intervention en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, et de veiller par des mesures appropriées à ce que ces modèles soient diffusés dans l'ensemble du pays, en collaboration avec les universités, les hautes écoles spécialisées, les associations professionnelles médicales et non médicales et d'autres organisations des secteurs de la science, de la recherche et de la pratique.

La *let. f*, enfin, prévoit que l'institut devra en outre encourager la collaboration des cantons et des acteurs privés (fournisseurs de prestations, organisations privées, associations économiques, etc.) et soutenir la coordination des activités. Elle souligne ainsi le rôle de l'établissement comme plate-forme (de contact) centrale pour toutes les questions liées à la prévention, à la promotion de la santé et à la détection précoce. Pour remplir ce rôle, l'institut aura la possibilité, et même l'obligation, de faire appel à des réseaux thématiques, soit existants («hepa.ch», «nutrinet», etc.), soit au besoin créés par lui: ces réseaux apparaissent en effet comme des supports incontournables tant pour diffuser les bases scientifiques que pour permettre l'échange d'expérience, la communication et la mise en réseau entre les organisations membres et les autres acteurs. Il pourra aussi mettre sur pied des plates-formes destinées à promouvoir l'échange d'information et d'expérience entre les cantons ainsi qu'entre les cantons et la Confédération, plates-formes auxquelles pourront également participer les organisations privées de santé et de prévention des domaines concernés¹⁴⁸. Pour compléter ces efforts visant à soutenir la coordination entre les acteurs impliqués dans la mise la œuvre, l'institut pourra enfin épauler dans leurs propres efforts les organisations faitières et spécialisées qui, à l'instar de Santé publique Suisse¹⁴⁹, travaillent à la mise en réseau des acteurs scientifiques et à la promotion des échanges de connaissances.

Art. 9 Evaluation de l'impact sur la santé

L'évaluation de l'impact sur la santé (EIS) vise à évaluer de manière prospective les répercussions sanitaires potentielles (positives et négatives) des projets politiques relevant d'autres secteurs que la santé, alors que ces projets sont en cours de planification ou de décision. L'utilisation de la méthode de l'EIS est encouragée, et même exigée, par l'OMS depuis les années 70, au motif que la santé ne dépend pas uniquement des conditions offertes par le système de santé (p. ex., de la qualité des prestations médicales et de leur accessibilité), des prédispositions biologiques et génétiques, ou encore des modes de vie individuels. Selon l'OMS, en effet, la santé et le bien-être de la population, ou des différents groupes de personnes qui composent cette dernière, reposent aussi dans une large mesure sur des facteurs tels que le

¹⁴⁵ RS 412.10

¹⁴⁶ RS 414.71

¹⁴⁷ RS 414.20

¹⁴⁸ Cf. p. ex., plans cantonaux d'action alcool.

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00598/01163/index.html?lang=fr>.

¹⁴⁹ Davantage d'informations sous http://www.public-health.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=publichealth&page_id=home&lang_is=0639=fr

climat politique, le statut social, la formation, l'emploi, le revenu, le logement, l'environnement et l'alimentation, c'est-à-dire sur des déterminants exogènes au domaine de la santé (cf. aussi commentaire relatif à l'art. 3, let. h).

Selon l'art. 9, le Conseil fédéral précise dans sa stratégie pour quels projets d'une certaine portée – prévus ou réalisés – il entend procéder à une EIS (cf. explications de l'art. 5, al. 1, let. c). La notion de «projet» s'entend au sens large. Elle n'englobe donc pas seulement les mesures normatives au niveau législatif ou réglementaire, mais également des stratégies, des programmes ou d'autres affaires et décisions du Conseil fédéral. Contrairement à l'analyse d'impact de la réglementation (AIR) – qui doit, selon l'art. 141, al. 2, let. g, de la LPArl¹⁵⁰ et des directives du Conseil fédéral du 15 septembre 1999 sur l'exposé des conséquences économiques des projets d'actes législatifs fédéraux¹⁵¹, être réalisée pour chaque projet d'acte législatif –, l'EIS est décidée au cas par cas. Cette façon différente de procéder découle également du fait que l'EIS est utilisée par le Conseil fédéral comme instrument stratégique pour promouvoir une politique globale de promotion de la santé et, dans cette perspective, doit exclusivement être appliquée pour des projets d'une certaine portée. L'EIS doit permettre de sensibiliser aux questions de santé les décideurs politiques travaillant dans un autre domaine que celui de la santé. Elle doit également contribuer, en mettant en lumière les éventuels conflits d'intérêts, à optimiser la transparence du processus décisionnel. C'est pourquoi il faudra veiller à ce que les services fédéraux responsables des projets à évaluer la réalisent dès les premières phases de la formulation politique.

La responsabilité de la réalisation d'une EIS incombe au service fédéral qui est chargé d'élaborer le projet concerné. Pour ce faire, l'institut lui offre son soutien technique et méthodologique. Selon le projet et la portée de l'évaluation, d'autres services fédéraux peuvent participer au suivi technique, à savoir le SECO pour les conséquences économiques, et l'Office fédéral de l'aménagement du territoire pour les effets sur la durabilité.

En complément à l'EIS prospective, qui s'applique pour les projets prévus, il est également possible d'effectuer une évaluation rétrospective pour les projets réalisés, allant dans le sens d'une évaluation a posteriori des conséquences effectives du projet sur la santé de la population ou de certains groupes de personnes.

Art. 10 Coordination avec d'autres lois

Comme évoqué dans le commentaire relatif à l'art. 5, al. 2, let. b, la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce des maladies au sens de l'art. 1 présentent, techniquement parlant, des rapports étroits avec d'autres domaines de prévention: il existe, par exemple, des liens importants entre la prévention générale de l'alcoolisme et la prévention des accidents de la route liés à l'alcool, entre la promotion de l'exercice physique et la prévention des accidents sportifs, ou encore entre la prévention et la détection précoce des maladies psychiques et la protection de la santé au travail. Pour garantir une cohérence suffisante à la fois au moment de la planification et au moment de la mise en œuvre, les services fédéraux compétents

¹⁵⁰ RS 171.10

¹⁵¹ FF 2000 986

doivent être tenus de coordonner les mesures découlant du projet LPrév avec les efforts de même nature n'entrant pas dans le champ d'application de ce projet mais découlant des lois énumérées à l'art. 5, al. 2, let. b.

Art. 11 Mesures dans les cantons

Selon l'*al. 1*, la responsabilité de la réalisation des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce dans le domaine des maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses incombera en premier lieu aux cantons (sur la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, cf. ch. 2.4.3 ci-dessus). La séparation des compétences inscrite dans la Constitution implique cependant que ces derniers ne seront pas tenus dans l'accomplissement de cette mission par les dispositions de l'art. 118, al. 2, let. b, Cst.: ils seront libres non seulement de prendre des mesures de prévention et de détection précoce pour des maladies qui ne sont ni transmissibles, ni très répandues, ni particulièrement dangereuses, mais aussi de prendre des mesures de promotion de la santé de nature générale (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 1, al. 1, let. b).

Dans l'optique d'améliorer la coordination entre les mesures de la Confédération et celles des cantons dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses, l'*al. 2* oblige les cantons à deux choses: premièrement, à encourager des mesures axées sur les objectifs nationaux, voire sur des thèmes plus précis si les spécificités cantonales, régionales ou locales le demandent (p. ex., accumulation de facteurs affectant la santé dans les centres urbains); deuxièmement, à garantir la coordination et la mise en réseau des mesures ainsi prises, tant à l'échelle cantonale (p. ex., à travers la mise en place de programmes cantonaux) qu'à l'échelle intercantonale (p. ex., à travers la mise en place de programmes intercantonaux). Il faut ajouter que, en application de l'art. 2, al. 2, let. e, les cantons devront eux aussi, à leur niveau, veiller à ce que tous les domaines politiques concernés soient associés à la planification et à la mise en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce.

Les cantons seront aidés dans l'accomplissement de ces différentes tâches: ils recevront un soutien technique et méthodologique de l'institut pour la conception et la réalisation de leurs mesures (cf. art. 8 ci-dessus), ainsi qu'un soutien financier dont le montant sera fixé dans la stratégie du Conseil fédéral et qui sera directement versé à leurs programmes sous la forme de subventions tirées des prélèvements pour la prévention (art. 5, al. 1, let. d, et art. 12, al. 3, let. b). Il faut préciser à ce sujet que tous les cantons possèdent déjà des structures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce plus ou moins bien développées.

Selon l'*al. 3* les cantons veillent à ce que la population ait accès à des offres de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ciblées sur des groupes spécifiques. Les cantons devront non seulement créer des infrastructures et des offres pour répondre à leurs besoins propres (sur le plan linguistique, socio-économique et politique), mais ils devront également mettre en place des offres tenant tout particulièrement compte de la diversité sociale (passé migratoire, sexe, handicap, statut socio-économique). En outre, ils doivent veiller à ce que les offres répondent aux différents aspects sanitaires en fonction des catégories d'âge. Par exemple, en plus des centres de consultation destinés aux mères et aux pères et des

offres de formation s'adressant aux parents, qui sont des mesures de prévention et de promotion de la santé dans le domaine préscolaire et de promotion de la culture et du comportement sanitaire des parents, des services spécifiques aux jeunes et aux personnes âgées devront également être créés (*let. a*).

En outre, les cantons devront garantir aux élèves l'accès à des services de santé scolaires. Deux précisions peuvent être apportées à ce sujet: d'abord, l'accès devra si possible être assuré pendant toute la scolarité, y compris donc pendant la formation professionnelle; ensuite, les services concernés devront axer leurs efforts sur la santé physique et psychique et sur le bien-être social des enfants et des adolescents, c'est-à-dire non seulement assurer les vérifications et les programmes vaccinaux, mais aussi évaluer le comportement des élèves en matière d'alimentation et d'activité physique, leur santé dentaire et les risques psychiques auxquels ils sont exposés.

Afin que les élèves aient véritablement le temps à la fois d'acquérir des modèles de comportement et des compétences psycho-sociales salutogènes et d'apprendre à identifier les dangers potentiels pour leur santé, il conviendrait que les questions sanitaires figurent aux programmes d'enseignement de tous les niveaux scolaires et contribuent ainsi à l'amélioration de la culture sanitaire (*al. 3*).

En complément des offres concrètes de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce inscrites dans l'al. 3, les cantons doivent également, selon l'al. 4, encourager les efforts servant à informer la population et à la sensibiliser aux risques sanitaires, à la prévention, à la promotion de la santé, à la détection précoce et aux mesures pouvant sauver la vie. Ils contribuent ainsi fortement à la promotion de la culture sanitaire des individus et renforcent à long terme l'égalité des chances de leur population dans le domaine sanitaire.

A cette fin, les cantons viellent à ce que les infrastructures nécessaires à la mise en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce décrites aux al. 3 et 4 soient disponibles. Ils peuvent également soutenir financièrement des organisations ou des personnes de droit public ou de droit privé qui assument ces tâches. Le financement de ces infrastructures incombe aux cantons (cf. ch. 2.4.5). Par ailleurs, il serait souhaitable que le «délégué à la promotion de la santé» désigné actuellement dans chaque canton puisse assumer la fonction d'interlocuteur technique auprès de l'institut et des services fédéraux compétents pour les questions relatives à la prévention et à la détection précoce des maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses.

3.2

Chapitre 2

Subventions, aides financières et autres mesures d'encouragement

3.2.1

Section 1

Subventions pour des programmes et des projets

Selon le droit en vigueur, les recettes issues des prélèvements pour la prévention sont gérées comme suit: le supplément de prime LAMal, prélevé en vertu de l'art. 20 LAMal, est utilisé par la fondation de droit privé Promotion Santé Suisse au sens de l'art. 19, al. 1, LAMal pour stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à

promouvoir la santé et à prévenir les maladies; la taxe pour la prévention du tabagisme est quant à elle gérée par le FPT, un service rattaché à l'OFSP, conformément à l'art. 3 OFPT¹⁵².

Le projet LPrév prévoit que la gestion des recettes issues des prélèvements pour la prévention (supplément de prime LAMal et taxe pour la prévention du tabagisme) sera désormais directement assurée par l'institut. Il est vrai que cette tâche, dans la mesure où elle consistera à utiliser lesdites recettes pour aider au financement des programmes cantonaux ou des projets des cantons ou des organisations privées de santé et de prévention, reviendra à octroyer des subventions et entrera par conséquent dans la catégorie des tâches ministérielles. Et que, d'après les directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise¹⁵³, ces tâches ne doivent être remplies que par des unités de l'administration fédérale. Toutefois, le fait de confier cette gestion à l'institut présentera de nombreux avantages: les recettes issues des prélèvements pour la prévention pourront être utilisées séparément des recettes générales de la Confédération, selon des modalités adaptées à leur mode de perception et à leurs règles d'affectation propres; les activités de soutien technique (cf. à ce sujet art. 8) et les activités de soutien financier à destination des cantons et des organisations privées de santé et de prévention seront toutes regroupées au sein de l'institut, ce qui permettra non seulement de créer des synergies optimales mais aussi de garantir la qualité et l'efficacité de l'utilisation des prélèvements pour la prévention; enfin, les recettes issues des prélèvements pour la prévention pourront être dirigées vers des programmes cantonaux et des projets de tiers dont les contenus seront en phase avec ceux des programmes nationaux menés par l'institut.

Cette réorganisation des flux financiers liés au supplément de prime LAMal et à la taxe pour la prévention du tabagisme impliquera également une modification des bases légales se trouvant dans la LAMal¹⁵⁴ et la LTab¹⁵⁵ (cf. commentaire relatif à l'art. 41). En conséquence, les ressources du FPT seront transférées à l'institut (cf. art. 42, al. 2).

Sur les conséquences du projet LPrév pour la fondation Promotion Santé Suisse, cf. ch. 2.4.4 ci-dessus.

Art. 12 Affectation et utilisation des prélèvements pour la prévention

L'al. 1 établit la règle d'affectation applicable au supplément de prime LAMal. Il a été formulé sur la base de l'avis de l'Office fédéral de la justice du 16 décembre 2008 sur la constitutionnalité du prélèvement pour la prévention dans le domaine de la prévention des maladies (art. 20 LAMal)¹⁵⁶. Dans son avis, l'OFJ a rappelé que le supplément de prime LAMal ne pouvait être utilisé pour financer des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce qu'à la condition que soit respecté le principe de l'équivalence des groupes, c'est-à-dire que soit assurée une congruence suffisante entre le groupe des personnes assujetties à ce supplément, à savoir les assurés obligatoires, et le groupe des personnes bénéficiant de son utili-

¹⁵² RS **641.316**

¹⁵³ FF **2006 7799**

¹⁵⁴ RS **832.10**

¹⁵⁵ RS **641.31**

¹⁵⁶ Accessible sous:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>
(en allemand uniquement).

sation. Ce qui implique, concrètement, que le supplément de prime LAMal devra exclusivement servir à financer des mesures de prévention des maladies visant une réduction générale des risques à titre préventif et susceptibles de bénéficier à l'assurance-maladie obligatoire, autrement dit de réduire ses coûts.

L'al. 2 établit la règle d'affectation applicable à la taxe pour la prévention du tabagisme. En vertu du principe de l'équivalence des groupes, cette taxe devra exclusivement servir, comme c'est du reste déjà le cas, à financer des mesures contribuant à la réduction du tabagisme ou des effets de celui-ci sur la santé (y compris à la protection contre le tabagisme passif).

L'al. 3 établit les règles d'utilisation applicables aux deux prélèvements pour la prévention: ces derniers pourront être utilisés soit pour le financement de programmes nationaux au sens de l'art. 6 (*let. a*)¹⁵⁷, soit pour l'octroi de subventions à des programmes cantonaux, y compris les programmes cantonaux visés aux art. 26 et 33, al. 2^{bis}, LAMal¹⁵⁸ et les programmes intercantonaux portés en commun par plusieurs cantons (*let. b*), ou à des projets de la Confédération, des cantons ou de tiers (*let. c*). Sachant que les modalités d'octroi desdites subventions sont réglées à l'art. 13. Et qu'il faudra, pour compléter ces dispositions, préciser par voie d'ordonnance que les prélèvements pour la prévention ne pourront être utilisés ni pour financer les activités législatives de la Confédération et des cantons ni pour financer les mesures d'exécution du droit fédéral et cantonal: ces activités et mesures constituent en effet des tâches relevant de la souveraineté étatique et doivent, à ce titre, être financées par le budget de l'Etat.

Comme prévu à l'art. 5, al. 1, let. d, les bases stratégiques, autrement dit les grandes lignes, à respecter lors de l'utilisation des recettes issues des prélèvements pour la prévention seront fixées par le Conseil fédéral, qui devra notamment déterminer quelle part de ces recettes pourra être utilisée pour le financement des programmes nationaux au sens de l'art. 6 (eux-mêmes élaborés et mis en œuvre par l'institut suivant des bases stratégiques définies par lui), et quelle part devra être utilisée pour subventionner des programmes cantonaux (cf. art. 3, let. b, ci-dessus). Il faut préciser que la comptabilité de l'institut devra être tenue de telle sorte que le respect des bases stratégiques définies par le Conseil fédéral puisse être contrôlé (cf. art. 34).

Art. 13 Conditions

L'octroi de subventions par l'institut sera subordonné à des conditions matérielles: pour pouvoir y prétendre, chaque programme ou projet cantonal devra remplir l'ensemble des quatre conditions énumérées à l'al. 1. Ces dernières ont été définies de manière à garantir que tous les programmes et projets soutenus financièrement contribuent à la réalisation des objectifs nationaux, répondent aux critères de qualité reconnus (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 8, let. b) et soient évalués de façon systématique. Etant précisé que les évaluations systématiques qui seront ainsi

¹⁵⁷ Il est prévu de profiter de la prochaine révision totale de la Lalc pour déterminer dans quelle mesure il serait judicieux d'utiliser à l'avenir une partie des recettes de l'impôt sur l'alcool pour financer un éventuel programme national de prévention de l'alcoolisme mené par l'institut.

¹⁵⁸ RS 832.10; cf. également note de bas de page 81.

effectuées devront comporter à la fois des éléments sommatifs¹⁵⁹ et des éléments formatifs¹⁶⁰, afin que leurs résultats et leurs recommandations puissent être utilisés non seulement pour l'optimisation de la mise en œuvre des programmes et des projets en cours mais aussi pour la planification des programmes et des projets futurs (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 8, al. 2, let. b, sur la valorisation des résultats de l'évaluation assurée par l'institut). Et que, pour ne pas empêcher le développement de modèles d'intervention et de projets innovants, les subventions ne devront pas nécessairement être octroyées à des programmes et à des projets dont l'efficacité aura été prouvée par des études scientifiques, mais pourront aussi être accordées à des programmes et à des projets dont l'efficacité aura été déduite de manière théorique, suivant des méthodes qui auront, elles, été scientifiquement éprouvées.

Si l'on se réfère à la pratique actuelle du FPT, il est possible que l'institut choisisse finalement d'approfondir les bases stratégiques définies par le Conseil fédéral, et d'élaborer pour chacun des thèmes retenus par ce dernier des stratégies d'investissement plus détaillées pour pouvoir traiter plus efficacement les demandes de subventions qui lui parviendront. Ainsi, si les moyens financiers à disposition se révèlent insuffisants pour couvrir toutes les demandes, les exigences formulées dans la stratégie du Conseil fédéral concernant l'établissement des priorités (cf. commentaire relatif à l'art. 5, al 1, let. d) s'appliqueront, en conformité avec l'art. 13, al. 2, LSu¹⁶¹.

Selon l'al. 2, les cantons ne pourront prétendre à des subventions globales pour leurs programmes qu'à la condition d'avoir conclu des conventions-programmes au sens de l'art. 20a LSu. Il est en outre prévu de profiter de la prochaine révision totale de la Lalc pour examiner la nécessité d'obliger désormais les cantons, d'une part, à adresser leurs rapports sur l'utilisation de la dîme de l'alcool à l'institut, et d'autre part, à élaborer des directives en vue d'une harmonisation des règles applicables à cette utilisation. L'objectif serait d'amener les cantons à utiliser leurs différentes sources de financement (budgets propres, dîme de l'alcool, prélèvements pour la prévention) de façon coordonnée et cohérente. Par ailleurs, le fait de remplir toutes les conditions énumérées à l'al. 1 ne donnera pas automatiquement droit au versement d'une subvention; cela est valable tant pour les cantons que pour les tiers.

¹⁵⁹ Une évaluation est dite *sommative* lorsqu'elle consiste à dresser un bilan et à évaluer une mesure de manière rétrospective, c'est-à-dire une fois seulement que cette mesure est achevée ou en passe de l'être.

¹⁶⁰ Une évaluation est dite *formative* lorsqu'elle consiste à évaluer une mesure qui est encore en cours de mise en œuvre et qu'elle vise à donner un *feed-back* régulier aux responsables de ladite mesure de sorte que son déroulement (sa pertinence et son efficience propres mais aussi celles de son exécution) et son efficacité puissent être améliorés.

¹⁶¹ RS 616.1

3.2.2

Section 2 Aides financières et autres mesures d'encouragement

Art. 14 Aides financières en faveur d'organisations

Cette disposition donne à la Confédération (OFSP) la possibilité d'accorder des aides financières à certaines organisations à but non lucratif de droit public ou privé. Ces aides ne seront octroyées que pour soutenir des mesures d'intérêt général et de portée nationale. Elles devront être financées par les crédits approuvés de la Confédération (et non par les prélèvements pour la prévention; cf. art. 12). Quant à leur montant et à leur utilisation, ils seront déterminés par les bases stratégiques définies par le Conseil fédéral (cf. art. 5, al. 1, let. d). C'est également grâce à ces bases que ce dernier, malgré le partage des compétences, garantira non seulement l'absence de redondances entre les domaines d'utilisation des aides financières (octroi par l'OFSP) et ceux des prélèvements pour la prévention (octroi par l'institut), évitant ainsi un cumul des subventions, mais aussi une prise en compte suffisante des objectifs nationaux lors de l'octroi des subventions. De manière générale, tandis que les prélèvements pour la prévention devront servir à financer des programmes ou des projets concrets (cf. commentaire relatif à l'art. 12), les aides financières auront fonction de subventions structurelles et devront à ce titre être utilisées pour renforcer les organisations privées de santé et de prévention. L'art. 14 repose en effet sur l'idée que les organisations en question sont tributaires du soutien de la Confédération, dans la mesure où leur activité leur permet difficilement de couvrir leurs frais. Et, par extension, sur l'idée que l'absence d'aide financière risquerait d'entraîner un désengagement de ces organisations.

Selon l'*al. 2*, les aides financières devront notamment être octroyées pour des mesures visant l'information et la sensibilisation ainsi que le conseil et le soutien (entraid comprise).

L'art. 14 correspond en partie à l'art. 2, al. 3, de la loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales¹⁶², qui sera abrogée par la présente loi (cf. commentaire relatif à l'art. 41). L'indemnisation des prestations en faveur des bénéficiaires de l'AI et de leurs proches, ainsi qu'en faveur des personnes qui courent le risque de devenir bénéficiaires de l'AI, continuera de se faire par l'intermédiaire de l'assurance-invalidité selon les prescriptions de l'art. 74 LAI¹⁶³.

Lorsqu'une mesure remplit les conditions d'aide de plusieurs actes normatifs à la fois, elle doit, selon l'art. 12 LSu¹⁶⁴, être aidée au titre de chacun des actes concernés proportionnellement aux intérêts en jeu. En outre, les différentes autorités concernées doivent coordonner leur action (art. 12, al. 2, LSu). Dès lors, il ne faut pas perdre de vue deux choses: premièrement, l'art. 74 LAI et l'art. 101^{bis} LAVS¹⁶⁵ permettent d'ores et déjà, dans le cadre de contrats de prestations, de subventionner des organisations privées actives à l'échelle nationale pour des mesures comprenant des objectifs de prévention et de promotion de la santé; deuxièmement, si ces deux dispositions limitent l'octroi de subventions aux mesures de soutien destinées à des personnes invalides (pour la LAI) et à des personnes âgées (pour la LAVS), l'art. 14

¹⁶² RS 818.21

¹⁶³ RS 831.20

¹⁶⁴ RS 616.1

¹⁶⁵ RS 831.10

du projet LPrév ne fait lui référence à aucun groupe-cible déterminé. Par conséquent, pour empêcher que certaines organisations soient subventionnées deux fois ou se voient au contraire supprimer toute subvention par l'AI ou l'AVS (cf. à ce sujet art. 75, al. 2, LAI 101^{bis}, al. 4, LAVS), il est impératif d'assurer une coordination suffisante entre les mesures de soutien prévues par les trois actes (LAI, LAVS et LPrév). Il pourrait également être nécessaire d'assurer une certaine coordination entre les mesures de soutien prévues par le projet LPrév et celles prévues par la loi du 6 octobre 1989 sur les activités de jeunesse (LAJ)¹⁶⁶, sachant que cette loi permet à la Confédération d'allouer des aides financières aux organismes responsables d'activités de jeunesse extrascolaires exercées dans le domaine de la santé (cf. art. 2, al. 2, let. b, LAJ) ou servant la promotion de la santé. Par ailleurs, il faut assurer une coordination avec les aides similaires dispensées aux organisations des consommateurs conformément à l'art. 5 de la loi fédérale du 5 octobre 1990 sur l'information des consommatrices et des consommateurs¹⁶⁷.

Art. 15 Encouragement de la recherche

L'efficacité des mesures planifiées et mises en œuvre dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce dépend entièrement de la fiabilité des connaissances scientifiques qui sont prises pour base, connaissances qui doivent être acquises par la recherche (fondamentale) épidémiologique et clinique mais aussi, dans une large mesure, par la recherche appliquée, celle-ci servant notamment dans le domaine du développement de nouveaux modèles d'intervention.

L'art. 15 précise que les services fédéraux compétents (notamment le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche et l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie) peuvent soutenir la recherche dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce en intégrant dans la planification pluriannuelle des activités d'encouragement de la recherche (message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation), des subventions et des directives thématiques à l'intention des organes chargés de ces activités (Fonds national suisse [FNS], Académies suisses des sciences, Commission pour la technologie et l'innovation).

Les instruments d'encouragement qui entreront en ligne de compte seront les suivants: programmes nationaux de recherche (PNR) au sens de l'art. 6, al. 2, de la loi du 7 octobre 1983 sur la recherche (LR)¹⁶⁸, soutien à des études de cohorte choisies dans le cadre de l'encouragement de la recherche clinique orientée vers le patient, et enfin mesures ciblées d'encouragement de la recherche dans les hautes écoles spécialisées (on citera comme exemple de mesure ciblée le fonds DORE [DO REsearch], qui est l'instrument du FNS pour l'encouragement de la recherche orientée vers la pratique dans les hautes écoles spécialisées et les hautes écoles pédagogiques)¹⁶⁹.

¹⁶⁶ RS 446.1

¹⁶⁷ RS 944.0

¹⁶⁸ RS 420.1

¹⁶⁹ Cf. à ce sujet pages Internet du FNS:

PNR: <http://www.snf.ch/F/rechercheorientee/pnr/Pages/default.aspx>

Etudes de cohorte:

<http://www.snf.ch/F/encouragement/projets/etudescohortee/Pages/default.aspx>

DORE: <http://www.snf.ch/F/encouragement/projets/DORE/Pages/default.aspx>

Il n'est pas nécessaire de créer de base légale spécifique pour les activités de recherche sectorielle (recherche sur mandat) de l'institut, étant donné que les art. 5, let. c, et 16, al. 5, LR sont aussi applicables aux unités administratives décentralisées, et que l'institut pourra en outre s'appuyer sur l'art. 8, al. 2, let. d, lorsqu'il s'agira de développer ou de faire développer des modèles d'intervention.

Art. 16 Formation et perfectionnement

Pour garantir la qualité, et donc l'efficacité, des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, il est indispensable de proposer une offre de formation et de perfectionnement appropriée. Cette offre doit s'adresser non seulement aux spécialistes en charge desdites mesures aux niveaux cantonal et fédéral, mais aussi aux collaborateurs concernés des organisations privées de santé et de prévention. Elle doit par ailleurs contenir des solutions spécialement adaptées aux personnes travaillant pour la prévention et la promotion de la santé de manière bénévole.

En termes de rapport coût-bénéfice, il n'est pas du tout intéressant, en particulier pour les petits cantons et les organisations privées, de gérer seuls la formation et le perfectionnement en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Aussi est-il absolument essentiel que la Confédération s'engage spécifiquement pour le développement des offres de formation et de perfectionnement existant actuellement aux niveaux cantonal et national, dans les secteurs privé et public (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 8, al. 2, let. d).

En pratique, l'encouragement de la formation et du perfectionnement dont il est ici question interviendra dans le cadre des lois spéciales pertinentes de la Confédération, à savoir dans le cadre de la LPMéd¹⁷⁰, de la LFPr¹⁷¹, de la LHES¹⁷² et de la LAU¹⁷³.

3.3 Chapitre 3 Données

Art. 17 Statistiques sanitaires

La collecte continue de données statistiques dans des domaines choisis de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection, telle qu'elle est prévue à l'al. 1, apparaît comme indispensable pour garantir l'efficacité et l'efficacité des mesures et pour évaluer cette efficacité. Contrairement à l'élaboration des rapports sanitaires prévus à l'art. 19, qui consistera à traiter et compiler des données déjà collectées, l'établissement des statistiques sanitaires nécessitera de recueillir des données non encore disponibles. Ce faisant, il conviendra, pour des raisons ayant trait à la protection des données, d'éviter autant que faire se peut de recueillir des données sensibles, et, dans les cas où cela sera impossible pour des raisons ayant trait cette fois à la fiabilité des statistiques, de veiller à rendre ces données anonymes le plus rapidement possible.

¹⁷⁰ RS **811.11**

¹⁷¹ RS **412.10**

¹⁷² RS **414.71**

¹⁷³ RS **414.20**

L'al. 2 énumère les fonctions des statistiques sanitaires: celles-ci serviront à la surveillance épidémiologique (*let. a et b*), à la détermination des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce et à l'évaluation de leur efficacité (*let. c*); par ailleurs, elles devront contribuer à accroître la transparence sur les dépenses effectuées et les mesures prises par les différents acteurs aux niveaux communal, cantonal et national (*let. d*), et permettre de contrôler les effets de la LPrév (*let. e*).

Au niveau fédéral, les statistiques sanitaires seront essentiellement établies par l'OFS. Au niveau cantonal, elles le seront par les offices statistiques cantonaux. Ceci à partir des données fournies par les organismes énumérés à l'al. 3.

Art. 18 Registres des diagnostics

Les mesures de prévention et de détection précoce ne pourront être correctement ciblées qu'à la condition que soient systématiquement collectées des données scientifiques qualitatives et quantitatives sur les maladies. Or en Suisse, le cancer est pour l'heure la seule maladie à faire l'objet d'une collecte de données en population générale, à travers des registres cantonaux épidémiologiques contenant des statistiques sur l'incidence du cancer et la mortalité due à cette maladie et parfois utilisés dans le cadre de la procédure d'assurance qualité appliquée aux mesures de prévention et de détection précoce ainsi que de l'évaluation du traitement. L'objectif du projet LPrév est donc que le champ des registres de diagnostics puisse être étendu à d'autres maladies choisies.

Outre les registres en population générale que constituent les registres cantonaux du cancer, la Suisse compte aujourd'hui un certain nombre de registres cliniques. On citera notamment le registre AMIS Plus. Celui-ci répertorie et analyse les mesures diagnostiques et thérapeutiques prises dans les hôpitaux participant au projet chez les patients victimes d'infarctus du myocarde (et chez les patients victimes d'angine de poitrine depuis 2000); il documente ainsi l'évolution des profils de risques, l'introduction des nouveaux concepts thérapeutiques et les effets de ces derniers sur les pronostics et les coûts.

Dans l'objectif d'optimiser les statistiques et les rapports sanitaires, la Confédération peut mettre à disposition les moyens financiers propres à permettre une harmonisation des données collectées pour les registres de diagnostics et une amélioration de la qualité de ces données (*al. 1*). Car il règne actuellement en Suisse une certaine hétérogénéité dans les données recueillies. C'est le cas, par exemple, dans le domaine du cancer, où les différences entre les registres cantonaux (différences dans les procédures d'annonce, dans les méthodes de collecte, d'échange et d'alignement des données et dans l'étendue des données collectées) rendent difficile toute évaluation uniforme. La fondation National Institute of Cancer Epidemiology and Registration (NICER), mandatée par l'OFSP par convention de prestations et financée par le budget de la Confédération (en vertu de l'art. 16 LR¹⁷⁴), assure la coordination de

¹⁷⁴ RS 420.1; Tâches et financement réglés dans le message du 24 janvier 2007 relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation pendant les années 2008 à 2011 (07.012; message FRI 2008–2011).

ces registres (centralisation, traitement et contrôle des données). Mais l'harmonisation nationale visée concernant la consolidation, la validation et la standardisation des informations des registres impliquera que toutes les informations soient traitées selon une procédure uniforme dès le stade de la collecte.

L'*al.* 2 fournit quant à lui une base légale au financement de l'évaluation centrale des données par le NICER.

On a renoncé à inscrire dans le projet LPrév des dispositions détaillées relatives à l'enregistrement par tous les cantons de données identiques sur des maladies précises et à la consolidation standardisée de ces données dans des registres nationaux de diagnostics. De telles dispositions auraient en effet dépassé le champ d'application de la loi.

3.4 Chapitre 4 Rapports et contrôle de gestion

Art. 19 Rapports sanitaires

Les objectifs nationaux au sens de l'art. 4 ne pourront être formulés et contrôlés (cf. art. 20, al. 1) en connaissance de cause qu'à la condition que soient établis, dans le cadre d'un monitoring par indicateurs et par thèmes, des rapports sanitaires décrivant et analysant l'état de santé et la prise en charge de la population globale et de certains groupes de personnes, et faisant l'objet d'une actualisation régulière pour un meilleur suivi et une meilleure compréhension des évolutions dans le temps (*al. 1*). Ces rapports seront élaborés à partir de données tirées des statistiques de la Confédération et des cantons (cf. al. 2), mais pourront aussi intégrer des données issues des statistiques des assurances sociales et de leurs fournisseurs de prestations, ou encore des données recueillies lors d'enquêtes de population spécialement réalisées pour leur établissement (enquête suisse de santé ou autres).

En outre, la Confédération publie régulièrement, soit tous les quatre à cinq ans, et en collaboration avec les cantons, un rapport sanitaire national. Comme son nom l'indique, ce rapport scientifique, dresse un tableau de l'ensemble des facteurs dont dépend cette dernière. Soit des facteurs sociaux (sécurité sociale et économique, éducation, conditions de travail, implication dans la vie de la société, etc.), des modes de comportement et de vie caractérisant les différents groupes de personnes, et des cadres de vie (autant d'éléments qui influent à la fois sur la santé en elle-même et sur les ressources et la culture sanitaires de chacun). Mais aussi des caractéristiques de la prise en charge médicale, et plus particulièrement des liens entre les différentes offres (prévention, promotion de la santé, détection précoce, thérapie, soins, palliation, etc.).

L'établissement des rapports sanitaires nationaux se fera sur la base des données collectées par les services fédéraux compétents mais aussi des données statistiques des cantons (cf. ci-dessous), et sera normalement assuré – comme jusqu'ici d'ailleurs¹⁷⁵ – par l'Observatoire suisse de la santé, qui est géré en commun par la Confédération et les cantons. Ces rapports viendront compléter les rapports établis dans le cadre du monitoring par indicateurs isolés et par thèmes, en ce sens qu'ils

¹⁷⁵ Le dernier rapport national sur la santé a été publié en 2008: Meyer K. (éditeurs), La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008, Berne, 2009. Cf. aussi à ce sujet: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/03/01.html>.

fourniront une vue d'ensemble de la situation sanitaire et mettront ainsi en évidence les liens existant entre un grand nombre de déterminants de la santé et d'autres facteurs d'influence. Il s'agira de travaux scientifiques présentant, dans toute leur complexité, les différents aspects de la santé dans notre société.

L'*al. 2* fixe l'obligation pour les cantons de mettre à la disposition de la Confédération les informations nécessaires (statistiques cantonales, résultats d'enquêtes ou d'études de recherche cantonales, etc.) à l'élaboration des rapports sanitaires réguliers mais aussi du rapport sanitaire national.

Art. 20 Contrôle de gestion et évaluation de l'efficacité

L'*art. 20* établit les compétences en ce qui concerne l'analyse des effets à atteindre par le biais des instruments de pilotage et de coordination inscrits aux art. 4 et 5 et des programmes nationaux prévus à l'art. 6. Le principe sous-jacent est le suivant: l'autorité responsable en amont est également chargée du contrôle de gestion et de l'évaluation de l'efficacité. L'évaluation de la loi en elle-même, telle qu'elle est exigée par l'art. 170 Cst., est réglée par l'art. 38.

Ainsi le degré de réalisation des objectifs nationaux devra-t-il être évalué régulièrement par la Confédération et les cantons (*al. 1*). Ceux-ci pourront s'appuyer ce faisant sur le fait que lesdits objectifs auront été formulés de façon à pouvoir être contrôlés, c'est-à-dire de façon chiffrée ou quantifiable (cf. commentaire relatif à l'art. 4), ainsi que sur les rapports sanitaires qui seront élaborés en continu dans le cadre d'un monitoring par indicateurs et par thèmes (cf. art. 19) pour leur permettre d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce précisément mises en œuvre pour réaliser ces objectifs. Ils devront, le cas échéant, prendre des mesures correctives.

De même, les effets produits par la stratégie du Conseil fédéral (cf. art. 5) devront être évalués à la fin de chaque cycle quadriennal par le Conseil fédéral lui-même, lequel devra ensuite tenir compte des résultats de l'évaluation ainsi réalisée lors de la formulation de la stratégie du cycle suivant.

Les programmes nationaux, enfin, devront être évalués par l'entité responsable de leur mise en œuvre, c'est-à-dire par l'institut (*al. 3*). Celui-ci devra juger l'adéquation, l'efficacité¹⁷⁶ et le caractère économique de chaque programme à l'aide d'études comportant à la fois des éléments sommatifs¹⁷⁷ et des éléments formatifs¹⁷⁸ et livrant ainsi des résultats et des recommandations utilisables non seulement pour l'optimisation de la mise en œuvre du programme évalué en cours mais aussi pour la planification des programmes futurs. Pour la conception et la planification des études d'évaluation de grande ampleur, l'institut devra s'accorder avec le service d'évaluation de l'OFSP, qui sera en effet responsable de l'évaluation de la loi et de son impact (cf. art. 38).

¹⁷⁶ Outre le rapport entre les effets escomptés et les effets réellement obtenus, l'analyse doit aussi évaluer les effets non escomptés, appelés «effets marginaux».

¹⁷⁷ Cf. note de bas de page 159 ci-dessus.

¹⁷⁸ Cf. note de bas de page 160 ci-dessus.

3.5

Chapitre 5 Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé

3.5.1

Section 1 Dispositions générales

Les dispositions sur l'organisation de l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé font partie intégrante de la loi sur la prévention. Elles comprennent les art. 21 à 36, ce qui permet de faire l'économie d'une loi distincte sur l'institut.

Aux termes de l'art. 164 Cst., les dispositions fondamentales relatives à l'organisation et au financement de l'institut, une unité décentralisée au sein de l'administration fédérale, doivent revêtir la forme d'une loi et ne peuvent donc pas être réglées au niveau de l'ordonnance. Par ailleurs, le principe du parallélisme des formes impose des différences au niveau par rapport aux actes transversaux relatifs à l'organisation de l'administration (notamment LOGA¹⁷⁹, LPers¹⁸⁰, LFC¹⁸¹).

Le Conseil fédéral n'édicterait d'autres dispositions au niveau de l'ordonnance que sur l'établissement des comptes, en vertu de l'art. 34. En outre, le Conseil fédéral a la possibilité, pour autant que cela soit nécessaire, de déléguer ses compétences d'employeur à l'institut en se fondant sur l'art. 3, al. 2, LPers (cf. commentaire relatif à l'art. 29).

Les dispositions respectent les 37 principes directeurs du Conseil fédéral en matière de bonne gouvernance et les dernières dispositions concernant les autres unités décentralisées de l'administration (Assurance suisse contre les risques à l'exportation, Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers, Inspection fédérale de la sécurité nucléaire)¹⁸². Le financement des tâches incombant à l'institut au moyen du budget ordinaire de la Confédération ne peut pas être réglé de manière exhaustive dans une loi. Compte tenu de la souveraineté des Chambres fédérales en matière de finances, c'est le Parlement qui décidera quelles tâches l'institut pourra assumer et dans quelle mesure (voir également à ce propos les explications concernant l'art. 32).

Art. 21 Forme juridique

L'institut est une unité décentralisée de l'administration fédérale. C'est un établissement de droit public de la Confédération doté de la personnalité juridique. Le choix de la forme juridique d'un établissement autonome correspond au principe 1 du rapport sur le gouvernement d'entreprise¹⁸³.

Aux termes de l'al. 2, l'institut détermine lui-même son organisation et sa gestion dans la mesure où elles ne sont pas expressément réglées dans la loi. Il est prévu d'édicter un règlement d'organisation (cf. art. 27, al. 2, let. b). L'institut tient par

¹⁷⁹ RS 172.010

¹⁸⁰ RS 172.220.1

¹⁸¹ RS 611.0

¹⁸² Loi fédérale du 16 décembre 2005 sur l'Assurance suisse contre les risques à l'exportation (RS 946.10); loi du 22 juin sur la surveillance des marchés financiers (RS 956.1); loi du 22 juin 2007 sur l'Inspection fédérale de la sécurité nucléaire (RS 732.2).

¹⁸³ FF 2006 7799

ailleurs sa propre comptabilité; la LFC¹⁸⁴ ne lui est pas applicable, excepté en ce qui concerne l'art. 55, al. 1, let. c, LFC, en ce sens que les comptes de l'institut doivent être intégrés dans les comptes consolidés de la Confédération, ce qui permet à cette dernière de présenter un état complet de sa fortune, de ses finances et de ses revenus.

La loi ne prévoit pas le siège de l'institut, c'est le Conseil fédéral qui le fixe (al. 3), afin de ne pas limiter sa marge de manœuvre pour le choix de l'emplacement. Le nom ou plus exactement la raison sociale de l'institut seront également déterminés par le Conseil fédéral. La dénomination utilisée dans le projet de loi «Institut suisse de prévention et de promotion de la santé», n'est donc pour ainsi dire que «réservée»

L'institut doit être inscrit au registre du commerce. Les art. 106 ss de l'ordonnance du 17 octobre 2007 sur le registre du commerce¹⁸⁵ fixent les conditions et le contenu de l'inscription au registre du commerce. Les droits de signature des organes seront définis dans le règlement d'organisation, ce qui évite de créer une disposition spécifique en la matière dans la loi.

Art. 22 Tâches

Les tâches de l'institut découlent du catalogue de tâches inscrit dans la loi sur la prévention et, le cas échéant, d'autres lois (p. ex., LEp¹⁸⁶ ou LStup¹⁸⁷). Parmi les tâches incombant à l'institut figurent notamment l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes nationaux (art. 6 et art. 20, al. 3), des activités d'information (art. 7), des mesures de soutien en faveur des cantons et de tiers (art. 8) et l'octroi de subventions provenant des prélèvements pour la prévention pour des projets et des programmes cantonaux (art. 13).

Le Conseil fédéral peut déléguer à l'institut d'autres tâches moyennant rétribution (al. 2). On songe, par exemple, à des tâches d'information ou de documentation prévues dans d'autres lois (p. ex. LDAI¹⁸⁸ ou LStup). Le transfert des tâches se fait généralement par voie d'ordonnance.

L'institut peut en outre fournir des prestations aux cantons (*al. 3*).

Art. 23 Collaboration

Il existe, aux niveaux fédéral et cantonal, des institutions et des organisations qui travaillent déjà dans certains des futurs domaines d'activité de l'institut. Ce dernier sera donc légalement tenu de collaborer avec elles. Il est notamment capital de garantir une collaboration de qualité avec l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), les instituts universitaires de médecine sociale et préventive, la Swiss School of Public Healthplus¹⁸⁹, les hautes écoles et les organisations professionnelles et spécialisées, médicales ou non, travaillant dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce.

¹⁸⁴ RS **611.0**

¹⁸⁵ RS **221.411**

¹⁸⁶ RS **818.101**

¹⁸⁷ RS **812.121**

¹⁸⁸ RS **817.0**

¹⁸⁹ La fondation Swiss School of Public Healthplus (SSPH+) soutient et coordonne la formation continue avancée universitaire et les activités de recherche qui s'y rattachent au niveau national dans tous les domaines de la santé publique et de l'économie de la santé. C'est une fondation portée par sept universités fondatrices (Bâle, Berne, Genève, Lausanne, Zurich, Lugano et Neuchâtel).

Par ailleurs, il conviendra de poursuivre la collaboration que les unités compétentes de l'OFSP ont instaurée au cours de ces dernières années avec des organisations privées existantes telles que la fondation RADIX, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), la Coordination politique des addictions (CPA), l'Aide suisse contre le sida, l'Association suisse pour la prévention du tabagisme ou la Société suisse de nutrition (SSN). L'institut devra aussi coopérer avec des institutions qui ont été créées sur la base d'autres lois fédérales, comme l'Observatoire national des problèmes d'addiction au sens de l'art. 29c, al. 2 de la LStup révisée¹⁹⁰, de même qu'avec les services œuvrant dans le domaine de la prévention des accidents et de la sécurité du travail comme le Bureau de prévention des accidents (BPA) ou la SUVA.

L'institut est, en outre, autorisé à faire appel à des organisations et à des personnes de droit public ou privé pour accomplir certaines de ses tâches (*al.* 2). La rémunération des prestations est régie par la loi fédérale du 16 décembre 1994 sur les marchés publics (LMP)¹⁹¹.

L'*al.* 3 permet en outre à l'institut, en accord avec les départements compétents (surtout DFI et DFA), de siéger dans des organisations spécialisées internationales qui sont actives dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. Il pourrait, par exemple, être membre de l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

Art. 24 Prestations commerciales

L'art. 41 LFC¹⁹² dispose que les unités administratives ne peuvent fournir des prestations commerciales à des tiers que si une loi les y autorise. Par prestations commerciales on entend la fourniture, contre rétribution, de marchandises ou de services auxquels le droit public (p. ex., LSu¹⁹³) ne s'applique pas. Par tiers, on entend les organisations nationales ou internationales, les particuliers ou les collectivités publiques (cantons, villes, communes). En sont exclus les services de la Confédération soumis à la LFC, telles les unités administratives centralisées ou décentralisées de la Confédération, l'Assemblée fédérale et les Tribunaux fédéraux.

Pour fournir des prestations commerciales, une unité administrative décentralisée doit satisfaire à des exigences minimales (*al.* 1). L'institut est habilité, pour autant qu'il respecte ces conditions générales, à fournir aussi à des tiers les prestations de soutien méthodologique et technique décrites à l'art. 8 moyennant indemnisation. On peut imaginer, par exemple, que l'institut soit chargé par une entreprise de développer ou de réaliser contre rémunération un projet d'innovation visant à promouvoir la santé dans les entreprises, ou qu'il établisse moyennant indemnisation des études et des rapports pour une organisation comme l'OMS, l'OCDE ou la Commission européenne.

L'*al.* 2 précise que les recettes doivent au moins couvrir les coûts. Le DFI peut, dans certains cas, autoriser des montants plus bas si l'économie privée ne s'en trouve pas concurrencée.

¹⁹⁰ FF 2008 2055 ss.

¹⁹¹ RS 172.056.1

¹⁹² RS 611.0

¹⁹³ RS 616.1

3.5.2 Section 2 Organes et personnel

Art. 25 Organes

L'institut dispose de trois organes: le conseil de l'institut, la direction et l'organe de révision. L'obligation d'avoir un organe de révision est l'une des conséquences de l'autonomie comptable. Cette structure organisationnelle allégée correspond en grande partie à l'organisation qui est habituellement celle des unités administratives décentralisées de la Confédération ces dernières années.

Art. 26 Composition et nomination du conseil de l'institut

Le nombre des membres du conseil de l'institut est fixé à neuf spécialistes (*al. 1*). Leur profil doit correspondre à l'orientation stratégique de l'institut, autrement dit le conseil de l'institut doit se composer de personnes ayant de l'expérience et des compétences dans le domaine de la santé, mais aussi dans la gestion d'organisations administratives publiques. Les membres doivent couvrir un large éventail de spécialités. Ils doivent représenter non seulement les sciences médicales mais aussi les sciences humaines et sociales. Le conseil de l'institut doit également comporter des personnes disposant de suffisamment d'expérience en matière de gestion et de conduite.

Le Conseil fédéral nomme les membres du conseil de l'institut (*al. 2*). Il lui incombe de veiller à ce que seuls des spécialistes soient nommés au sein du conseil de l'institut. Il doit en outre garantir une représentation équitable des sexes, des communautés linguistiques, des régions du pays et des différentes classes d'âge. Le directeur de l'institut ne doit pas être nommé membre du conseil de l'institut¹⁹⁴.

L'article ne prévoit pas que le Conseil fédéral nomme un ou plusieurs membres de la Confédération au sein du conseil de l'institut¹⁹⁵. Cela garantit que les cantons, qui sont d'importants bénéficiaires des prestations de l'institut, aient voix au chapitre lors de la composition du conseil de l'institut. Par ailleurs, les assureurs au sens de l'art. 11 LAMal¹⁹⁶ ont le droit de proposer une personne, ce qui devrait garantir une bonne harmonisation dans le domaine de la détection précoce. Si le Conseil fédéral rejette une proposition, il doit donner la possibilité aux cantons ou aux assureurs qui en ont le droit de proposer une nouvelle personne comme membre du conseil de l'institut.

La durée du mandat, renouvelable une fois, est fixée à quatre ans (*al. 3*).

L'*al. 4* prévoit la possibilité de révoquer, pour de justes motifs, les membres du conseil de l'institut pendant leur mandat. C'est notamment le cas lorsqu'un membre ne remplit plus les conditions relatives à l'exercice de son mandat, qu'il a gravement manqué à ses obligations ou que c'est la seule manière de résoudre un conflit d'intérêts permanent.

¹⁹⁴ Cf. le principe 3 du rapport sur le gouvernement d'entreprise, selon lequel les organes doivent être indépendants les uns des autres sur le plan du personnel.

¹⁹⁵ Cf. le principe 9 du rapport sur le gouvernement d'entreprise, selon lequel des représentants de la Confédération recevant des instructions ne peuvent siéger dans des conseils d'institut que dans des cas dûment motivés.

¹⁹⁶ RS 832.10

Conformément au principe 6 du rapport sur le gouvernement d'entreprise, on est en droit d'attendre des membres d'un conseil d'institut qu'ils défendent les intérêts dudit institut (*al. 5*)¹⁹⁷. Le conseil de l'institut ne doit pas être un organe politique; ses membres doivent donc agir en toute indépendance et non en tant que représentants d'autorités ou d'organisations. C'est pourquoi on n'a pas donné suite à la demande exprimée dans le cadre de la consultation qui voulait que la représentation des acteurs au sein du conseil de l'institut soit inscrite dans la loi (cf. plus haut ch. 2.2.1). En cas de conflit d'intérêts concret, le membre concerné doit se récuser pour le dossier en question. S'il s'agit d'un conflit d'intérêt permanent, le membre du conseil de l'institut doit démissionner, faute de quoi le Conseil fédéral a également la possibilité, en dernier recours, de le révoquer pour de justes motifs (*cf. al. 4*).

Les membres du conseil de l'institut ne sont pas sous contrat avec l'institut. L'*al. 6* prévoit, par conséquent, que le Conseil fédéral détermine le montant des indemnités à leur verser. Leurs honoraires et les autres conditions contractuelles convenues avec eux sont régis par l'art. 6a LPers¹⁹⁸, qui s'applique par analogie, et par les dispositions d'exécution correspondantes (en particulier, ordonnance du 19 décembre 2003 sur les salaires des cadres¹⁹⁹).

Art. 27 Fonction et tâches du conseil de l'institut

Conformément à l'*al. 2, let. a*, le conseil de l'institut est responsable de la mise en œuvre des objectifs stratégiques définis par le Conseil fédéral selon l'art. 5, al. 1, let. b. Dans cet esprit, il doit présenter chaque année au Conseil fédéral un rapport faisant le point sur leur réalisation.

La loi ne comporte que les dispositions indispensables concernant la structure d'organisation de l'institut, ce qui témoigne de l'autonomie de l'institut en matière d'organisation. Le conseil de l'institut précise dans un règlement interne les autres modalités en matière d'organisation et de direction (*cf. al. 2, let. b*). Il s'agit en l'occurrence de règles qui ne s'appliquent qu'au sein de l'institut. Etant donné que ce règlement n'a aucun effet vis-à-vis de l'extérieur, il ne lie pas les tiers qui ne peuvent en déduire des droits. Il ne sera publié ni dans le recueil officiel (RO) ni dans le recueil systématique (RS) car il ne s'agit pas d'un acte législatif.

Le conseil de l'institut adopte le programme de travail, la planification à moyen terme et le budget (*let. c*). L'établissement d'un rapport de gestion (y compris les comptes annuels) lui incombe également (*let. d*). Cela étant, cette disposition ne l'empêche pas de déléguer en règle générale le mandat d'établir ce rapport à la direction. La teneur du rapport de gestion obéit par analogie aux dispositions des art. 662 ss du code des obligations (CO)²⁰⁰ aux termes desquels le rapport de gestion contient des informations sur l'exercice écoulé, ce qui lui confère le caractère d'un compte-rendu. Il contient en outre des données statistiques et les comptes annuels. Avant sa publication, le conseil de l'institut doit le soumettre à l'approbation du Conseil fédéral pour. Ce dernier peut refuser de l'approuver s'il n'est pas d'accord avec certains points essentiels.

¹⁹⁷ Cf. le principe 6 du Rapport sur le gouvernement d'entreprise, selon lequel les membres du conseil d'institut d'une unité décentralisée doivent défendre les intérêts de cette entité.

¹⁹⁸ RS 172.220.1

¹⁹⁹ RS 172.220.12

²⁰⁰ RS 220

Par ailleurs, le conseil de l'institut nomme le directeur et les autres membres de la direction (*let. e et f*). Alors que la nomination du directeur requiert l'approbation du Conseil fédéral, le conseil a compétence exclusive pour nommer la direction. Mis à part la fonction du directeur qui est chargé de la diriger (cf. art. 28, al. 1), la composition de la direction n'est fixée ni dans la loi ni dans une ordonnance du Conseil fédéral; c'est l'institut lui-même qui la détermine, ce qui lui permettra d'adapter souplesment sa structure d'organisation opérationnelle à de nouvelles exigences.

Aux termes de la *let. g*, le conseil de l'institut a aussi compétence pour révoquer les membres de la direction, mais il ne peut révoquer le directeur sans l'assentiment du Conseil fédéral. En voici la raison: cette révocation ne peut avoir lieu que s'il n'existe plus de rapport de confiance entre le conseil de l'institut et le directeur. Si le Conseil fédéral n'approuvait pas après coup la révocation, cela paralyserait forcément le conseil de l'institut qu'il a lui-même nommé.

Organe suprême de l'institut, le conseil de l'institut a également une fonction de contrôle (*let. h*). Servant de contrepoids à la direction, il en surveille la gestion. Il doit en outre veiller au respect du règlement interne, identifier les problèmes et charger la direction de les régler. Si le conseil de l'institut découvre des problèmes majeurs au niveau de l'organisation ou de la direction de l'institut et que la direction n'est pas en mesure de les régler, il doit prendre les mesures nécessaires.

Art. 28 Fonctions et tâches de la direction

La direction, organe opérationnel de l'institut, est placée sous la conduite du directeur (*al. 1*).

Elle est notamment chargée de diriger les activités scientifiques, administratives et économiques de l'institut. Elle prend les décisions nécessaires (*let. a*), notamment en relation avec l'octroi de subventions issues des prélèvements pour la prévention à des projets (cf. art. 12, al. 3, *let. c*) ou concernant les résiliations de contrats de travail par voie de décision (art. 13 LPers²⁰¹). S'il s'agit d'un membre de la direction, le conseil de l'institut est responsable de la révocation et de la résiliation du contrat par voie de décision (art. 27, al. 2, *let. g*).

La direction prépare également les bases décisionnelles à l'attention du conseil de l'institut et informe ce dernier. Elle a en outre pour mission d'entretenir les relations avec l'extérieur, notamment avec les services fédéraux et les cantons ainsi qu'avec d'autres institutions ou organisations professionnelles nationales ou internationales ayant des tâches similaires (*let. c*). Elle engage le personnel (*let. d*). En cas de conflit au niveau de la répartition des compétences, la solution par défaut consiste pour la direction à assumer l'ensemble des tâches qui ne sont pas expressément attribuées au conseil de l'institut ou à l'organe de révision par la loi ou le règlement interne (*let. e*).

Le règlement interne qui, conformément à l'art. 27, al. 2, *let. b*, est édicté par le conseil de l'institut, doit régler les modalités et les compétences (*al. 3*). Il s'agit donc de déterminer la répartition des tâches et des compétences entre le conseil de l'institut et la direction, d'une part, et entre la direction et le directeur, d'autre part.

²⁰¹ RS 172.220.1

Art. 29 Rapports de travail

Etant une unité décentralisée de la Confédération qui fournit essentiellement des prestations à caractère monopolistique, l'institut agit dans les limites du droit public de la Confédération. Il accomplit en outre, en relation avec l'administration des prélèvements pour la prévention (cf. art. 12), des tâches dont le caractère souverain prédomine, raison pour laquelle on a choisi pour le personnel de l'institut un statut de droit public régi par la législation sur le personnel de la Confédération (*al. 1*).

On peut renoncer à édicter une réglementation sur l'engagement de personnel conformément au CO car à brève échéance, l'institut n'assumera que très peu de tâches de droit privé. Pour l'heure, on ne saurait justifier une délégation de compétences d'employeur à l'institut en vertu d'une loi spéciale en invoquant des particularités spécifiques à l'entreprise. Le fait que l'institut soit doté de la personnalité juridique et ait une comptabilité propre ne suffit pas pour justifier une dérogation à la législation sur le personnel de la Confédération. Pour cette raison, le personnel de l'institut est entièrement soumis au droit d'exécution du Conseil fédéral. Si les activités de l'institut nécessitaient impérativement une dérogation pour certaines réglementations relevant du droit du personnel, le Conseil fédéral peut, en tout ou partie, transférer ses compétences d'employeur en se fondant sur l'art. 3, al. 2, LPers²⁰². Il peut alors transférer à l'institut la compétence d'édicter des dispositions d'exécution en matière de droit du personnel en vertu de l'art. 37, al. 3, LPers.

Par souci d'exhaustivité, on mentionnera encore que la responsabilité des organes et du personnel de l'institut est régie par la loi du 14 mars 1958 sur la responsabilité²⁰³, qui prévoit à l'art. 19 que, pour les unités décentralisées de la Confédération, c'est l'organisation qui répond en premier lieu. Si celle-ci ne peut assumer la réparation du dommage, la Confédération répond envers le lésé pour le montant non couvert, mais elle a un droit de recours. Aucune tâche spéciale de l'institut ne nécessite que l'on s'écarte de cette réglementation.

Art. 30 Prévoyance professionnelle

L'art. 30 prévoit que la direction et le personnel de l'institut sont assurés auprès de la Caisse fédérale de pensions PUBLICA (*al. 1*).

Pour éviter toute insécurité du droit, l'*al. 2* dispose en outre que l'institut est employeur selon l'art. 32b, al. 2, LPers²⁰⁴.

Art. 31 Nomination et tâches de l'organe de révision

L'indépendance comptable de l'institut appelle l'existence d'un organe de révision.

Celui-ci est nommé par le Conseil fédéral et peut être révoqué par ce dernier pour de justes motifs. Ainsi que le prévoient les principes sur le gouvernement d'entreprise, le mandat de l'organe de révision, sa position, ses compétences, son indépendance, la durée de son mandat et l'établissement des rapports sont régis par analogie par les

²⁰² RS 172.220.1

²⁰³ RS 170.32

²⁰⁴ RS 172.220.1

dispositions du droit des sociétés anonymes (art. 727 à 731 CO)²⁰⁵. L'organe de révision effectue une révision ordinaire au sens de l'art. 727 CO même si l'institut ne remplit pas les conditions prévues à l'art. 727, al. 1. Les rapports sont soumis au conseil de l'institut et au Conseil fédéral.

3.5.3 Section 3 Financement et gestion financière

Art. 32 Financement

Le fonctionnement de l'institut sera assuré en grande partie par des subventions de la Confédération.

L'*al. 1* énumère de manière exhaustive les tâches et les activités de l'institut qui sont exclusivement financées au moyen du budget de la Confédération. La mise en place des nouvelles tâches conformément à la loi sur la prévention (notamment les mesures de soutien au sens de l'art. 8) doit être neutre du point de vue budgétaire. En se basant sur les ressources humaines et financières dont dispose actuellement l'OFSP pour les mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, il sera possible de mettre environ 16 millions de francs pris sur le budget à la disposition de l'institut comme crédit d'exploitation pour assumer ces tâches (cf. aussi les explications sous ch. 4.1 à ce sujet).

Le financement de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes nationaux au sens de l'art. 6 sont réglés à l'*al. 2*. Ces programmes peuvent être financés tant par des subventions prélevées sur le budget de la Confédération que par des prélèvements pour la prévention (cf. plus haut, ch. 2.4.5, et commentaire de l'art. 12), la plus grande partie provenant de ces derniers en raison d'une mise en œuvre sans incidences budgétaires. Le Conseil fédéral détermine le montant des subventions fédérales et la part des prélèvements pour la prévention à disposition dans le cadre de la stratégie qu'il élabore (cf. art. 5, al. 1, let. d). Les mesures spécifiques de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce de la Confédération disposent ainsi d'une base de financement plus large qu'à l'heure actuelle. Les expériences faites jusqu'à présent par l'OFSP en matière d'élaboration et de mise en œuvre de programmes nationaux de prévention montrent qu'il faut compter avec des dépenses de 3 à 6 millions de francs par an et par programme pour obtenir un effet suffisant et durable.

Aux termes de l'*al. 3*, l'institut peut et doit se procurer des ressources supplémentaires par des rémunérations des cantons en échange de prestations (art. 22), des recettes provenant de prestations commerciales (cf. art. 24) et des donations de tiers.

Art. 33 Trésorerie

La gestion des liquidités de l'institut est assurée par la trésorerie centrale de la Confédération (*al. 1*). L'AFF gère pour l'institut un compte de dépôt qui lui garantit sa liquidité et grâce auquel l'institut peut recevoir et effectuer des paiements. Les prêts porteurs d'intérêts permettant de garantir la capacité de paiement de l'institut prennent la forme de découverts sur le compte de dépôt (*al. 2*). En contrepartie,

l'institut place ses fonds excédentaires auprès de la Confédération, qui lui verse des intérêts conformes au marché. Les détails sont réglés dans un accord entre l'AFF et l'institut (*al.* 3).

Art. 34 Etablissement des comptes

La comptabilité des unités décentralisées de l'administration fédérale doit se fonder sur les principes de la législation sur les finances de la Confédération ou sur les exigences relatives aux comptes consolidés afin de permettre une éventuelle consolidation. L'*art. 34* reprend les principes essentiels de la législation sur les finances qui s'appliquent également à la comptabilité de l'institut. Si cela s'avère nécessaire, le Conseil fédéral peut en outre édicter des prescriptions concernant la tenue des comptes de l'institut (*al.* 5).

Etant donné que l'institut peut fournir des prestations commerciales, l'état de la fortune, des finances et des revenus doit être présenté dans des rubriques distinctes (*al.* 1) pour permettre de vérifier, en se fondant sur la présentation des comptes de l'institut, si l'interdiction des subventions croisées est respectée (cf. art. 24, al. 2). La comptabilité doit en outre être établie de manière à pouvoir aussi contrôler si l'institut a utilisé les différentes ressources financières (y compris les prélèvements pour la prévention) conformément aux buts spécifiques auxquelles elles étaient affectées (*al.* 4).

Art. 35 Exonération fiscale

Aux termes de l'art. 62d LOGA²⁰⁶, la Confédération et ses établissements, exploitations et fondations non autonomes ne sont pas imposables au niveau cantonal.

Etant donné que l'institut fournit des prestations concurrençant des entreprises privées, ces activités sont soumises à la TVA. Le législateur, dans la loi sur l'impôt anticipé, a renoncé à exonérer la Confédération et ses entreprises devenues autonomes de l'assujettissement subjectif à l'impôt anticipé; l'institut y est donc soumis. Pour des raisons de cohérence et par analogie avec la législation sur l'impôt anticipé, l'institut doit également être exempté du principe de l'exonération fiscale dans le domaine des droits de timbre.

3.5.4 Section 4 Surveillance

Art. 36

Le Conseil fédéral surveille les unités administratives décentralisées conformément à l'art. 8, al. 4, LOGA²⁰⁷. En vertu de cette disposition, la surveillance de l'institut doit lui incomber. Dans le cadre de ses compétences en matière d'organisation, le Conseil fédéral peut décider de la manière dont il souhaite assumer cette surveillance (art. 24 LOGA). Il peut déléguer totalement ou partiellement cette tâche au DFI.

²⁰⁶ RS 172.010

²⁰⁷ RS 172.010

L'al. 2 comprend une liste non exhaustive des principaux instruments dont dispose le Conseil fédéral pour assumer la surveillance de l'institut: nomination des membres du conseil de l'institut et de son président, approbation de la nomination du directeur, nomination de l'organe de révision, approbation du rapport de gestion, évaluation annuelle sur la base du rapport du conseil de l'institut afin de déterminer si les objectifs stratégiques ont été atteints (cf. art. 27, al. 2, let. a) et décharge du conseil de l'institut. Dans la pratique, la surveillance est assurée par le département présentant la connexité matérielle la plus étroite. En ce qui concerne l'institut, il s'agit du DFI, qui soumettra au Conseil fédéral les demandes prévues dans la loi.

L'al. 3 oblige l'institut à donner accès à ses dossiers au Conseil fédéral, ou au DFI si la surveillance lui a été déléguée, et à lui fournir des informations sur ses activités. Le Conseil fédéral peut demander un rapport d'évaluation au CDF; il dispose bien entendu d'un droit de regard sur les rapports existants du CDF.

La haute surveillance du Parlement et du CDF est réservée (*al. 4*)²⁰⁸.

3.6 Chapitre 6 Exécution

Selon les prescriptions fédérales, la mise en œuvre des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce relève de la compétence des cantons. Ainsi les dispositions des art. 37 à 40 ne portent-elles que sur l'exécution et l'application des aspects de la LPrév qui, soit du fait du domaine concerné, soit de manière générale, relèvent de la compétence de la Confédération.

Art. 37 Collaboration internationale

L'al. 1 oblige l'institut et les services compétents à rechercher et entretenir la collaboration avec les autorités et les institutions étrangères ainsi qu'avec les organisations internationales et intergouvernementales (s'agissant de la coopération internationale, cf. également les art. 23, al. 3 et 28, al. 2, let. c). Notons que les services fédéraux actifs dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce participent déjà aux travaux menés par plusieurs de ces organisations (p. ex., l'OMS, l'UE, l'OCDE ou encore le Conseil de l'Europe). Dans ce cadre, la cohérence de la collaboration internationale en matière de politique sanitaire doit être garantie²⁰⁹.

L'al. 2 autorise le Conseil fédéral, sous réserve qu'un accord sur la santé soit effectivement conclu avec l'UE, à apporter son soutien aux cantons et aux organisations privées de santé et de prévention en cas de participation à des programmes internationaux, tels que le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique. Ce soutien englobe notamment l'aide à la présentation des demandes et à la recherche de partenaires pour des projets internationaux menés dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, soit des missions comparables à celles assurées par l'association *Euresearch* dans le

²⁰⁸ L'iv. pa. du 7 septembre 2007 de la Commission des finances du Conseil national (07.494) devrait renforcer la participation de l'Assemblée fédérale concernant le pilotage d'entités devenues autonomes. Le projet de loi de la commission n'est pas encore disponible (août 2009).

²⁰⁹ Les objectifs de la politique extérieure de la Suisse en matière de santé ont été fixés, en 2006, dans une convention entre le Département fédéral des affaires étrangères et le DFI.

cadre du mandat qui lui a été confié par le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche (SER) pour soutenir les chercheurs suisses participant aux programmes-cadres de recherche de l'UE.

L'art. 7a, al. 1, de la LOGA permet au Conseil fédéral de conclure seul des traités internationaux lorsqu'une loi fédérale lui attribue cette compétence. L'al. 3 l'autorise précisément à conclure seul deux types d'accords internationaux particuliers, à savoir des accords portant sur l'échange réciproque d'informations (*let. a*) et sur l'échange de données statistiques (*let. b*). Il s'agit notamment de l'échange de données statistiques dans le domaine de la surveillance épidémiologique (cf. commentaire relatif à l'art. 17, al. 2) ou de données scientifiques relatives à l'efficacité et au caractère économique des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. L'échange de données sensibles et de données personnelles en général est par contre exclu.

Art. 38 Evaluation

L'al. 1 s'appuie sur l'art. 170 Cst., qui exige que l'efficacité des mesures prises par la Confédération fasse l'objet d'une évaluation périodique. Pour compléter les contrôles d'efficacité des instruments de coordination et de pilotage définis à l'art. 20, l'art. 38 sert de base à l'évolution de la LPrév. Il faut en effet déterminer scientifiquement si et à quel point les mesures mises en œuvre remplissent effectivement les attentes et les objectifs, le but étant d'identifier les points forts et les points faibles de la présente loi, et de mesurer son impact, de manière à pouvoir ensuite émettre des recommandations pour l'optimiser.

Selon les *let. a et b*, l'OFSP doit notamment axer l'évaluation de la loi sur les deux aspects suivants: dans quelle mesure la loi a-t-elle amélioré la coordination et la collaboration entre la Confédération, les cantons, les villes, les communes et les organisations privées de santé et de prévention (*let. a*); et de quelle manière les moyens financiers engagés par la Confédération et les cantons, comme les aides financières au sens de l'art. 14 et les prélèvements pour la prévention au sens de l'art. 12 (*let. b*), sont-ils utilisés? La collecte et l'accessibilité des données nécessaires à la réalisation des évaluations sont garanties par les art. 17 et 19.

Selon l'al. 2, l'institut doit mettre à la disposition de l'OFSP les résultats importants de l'évaluation de l'efficacité des programmes nationaux. En vertu du principe de la valorisation des résultats prévu à l'art. 8, al. 2, let. b, les résultats de l'évaluation de l'efficacité des programmes cantonaux et des projets soutenus par les subventions perçues sur les prélèvements pour la prévention seront mis en permanence à la disposition des milieux concernés. Aussi ne sont-ils pas mentionnés explicitement ici.

L'obligation imposée au DFI de faire rapport au Conseil fédéral (al. 3) tient à ce que la coordination doit être assurée au niveau du Conseil fédéral, pour que, d'une part, ce dernier puisse remplir ses propres obligations envers le pouvoir législatif en matière de contrôle de l'impact, et pour que, d'autre part, les organes législatifs disposent d'une base matérielle pour leurs éventuelles activités d'évaluation.

Art. 39 Dispositions d'exécution

Aux termes de l'*al. 1*, le Conseil fédéral est tenu d'édicter les dispositions d'exécution nécessaires à l'application de la loi, après avoir entendu les cantons et les milieux spécialisés compétents. Ces dispositions d'exécution englobent:

- les ordonnances complémentaires et supplétives de la loi (cette compétence réglementaire est expressément inscrite dans les dispositions pertinentes de la loi);
- les dispositions d'exécution concrétisant les obligations prescrites par la loi et définissant, par exemple, plus précisément les termes utilisés dans celle-ci;
- les ordonnances concernant l'organisation de l'exécution (uniquement dans les cas où la Confédération est responsable de cette exécution), la coordination et la collaboration au sein de l'administration fédérale.

L'art. 48, al. 1, LOGA²¹⁰ autorise au demeurant le Conseil fédéral à déléguer la compétence d'édicter les dispositions d'exécution au DFI.

Et l'art. 48, al. 2, de cette même loi autorise de surcroît le Conseil fédéral à déléguer cette compétence à l'office fédéral compétent. C'est cette dernière possibilité que prévoit l'*al. 2*.

Art. 40 Délégation de tâches

Comme elles dérogent aux règles d'organisation des autorités, les délégations de tâches nécessitent une autorisation spéciale du législateur. L'*art. 40* est la base légale formelle qui permet au Conseil fédéral de déléguer des tâches entrant dans le cadre de l'exécution de la loi à des organisations et à des personnes de droit public ou privé. En effet, certaines tâches des autorités d'exécution touchent des domaines très techniques, qui sont parfaitement maîtrisés par des organisations ou des personnes n'appartenant pas à l'administration fédérale. Or, pour ces tâches particulières, il peut se révéler judicieux, tant en termes d'efficacité que de coût, de faire appel au savoir-faire spécifique des organisations et personnes externes en question. Le présent article crée donc, conformément à la LOGA²¹¹, la base légale pour l'externalisation de tâches d'exécution.

L'*al. 2* oblige la Confédération à exercer une surveillance étatique.

²¹⁰ RS 172.010

²¹¹ RS 172.010

3.7 Chapitre 7 Dispositions finales

3.7.1 Section 1 Abrogation et modification du droit en vigueur

Art. 41

Les lois mentionnées ci-après sont modifiées comme suit:

1. Loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales²¹²

Dès que la LPrév entrera en vigueur, la loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales pourra être abrogée. Les dispositions de cette loi qui sont encore déterminantes sont en effet couvertes par le projet LPrév.

Selon la pratique courante, les subventions fédérales accordées sur la base de la loi concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales sont versées l'année suivante sur la base des comptes annuels de l'année précédente. Le nouveau droit ne comprenant pas de changements essentiels sur le plan matériel ni sur celui de la procédure en comparaison de l'actuelle réglementation, un régime transitoire n'est pas nécessaire. Après l'entrée en vigueur de la LPrév, les aides financières pour les mesures de lutte contre les maladies rhumatismales seront accordées, comme jusqu'à présent, uniquement dans le cadre de crédits autorisés et, ce qui est nouveau, conformément à la stratégie fédérale définie à l'art. 5. A l'heure actuelle, il n'y a pas lieu de penser que les montants de ces aides changeront de façon substantielle.

2. Loi fédérale du 21 mars 1969 sur l'imposition du tabac²¹³

Art. 28

La LTab en vigueur prévoit que le FPT est administré par une organisation de prévention sous la surveillance de l'OFSP et en collaboration avec l'OFSPPO. C'est sur cette base que la gestion du FPT a été déléguée, dans l'OFPT²¹⁴, à un service rattaché administrativement à l'OFSP. A l'avenir, les recettes perçues sur la taxe pour la prévention du tabagisme devront être directement versées à l'institut, la gestion des recettes se faisant conformément aux dispositions de la LPrév (art. 12 et 13).

3. Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie²¹⁵

Modification du titre précédant l'art. 19

Compte tenu de l'abrogation de l'art. 19 LAMal (cf. infra), le titre actuel «Promotion de la santé» doit être remplacé par «Supplément de prime LAMal».

Art. 19

Abrogé

²¹² RS **818.21**

²¹³ RS **641.31**

²¹⁴ RS **641.316**

²¹⁵ RS **832.10**

L'art. 19 LAMal peut être abrogé. En effet, selon le nouvel art. 20 LAMal proposé, l'utilisation du supplément de prime LAMal ne doit plus être assurée par une institution administrée par les cantons et les assureurs, mais par l'institut (cf. plus haut, ch. 2.2.1). Cette disposition supprime l'obligation prévue par l'art. 19 LAMal en vigueur qui veut que les assureurs encouragent en commun la prévention générale des maladies. Les assureurs au sens de l'art. 11 LAMal se voient toutefois accorder la possibilité de proposer au Conseil fédéral un membre du conseil de l'institut (cf. plus haut, art. 26, al. 2). Les mesures nationales de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce adaptées aux besoins de la population ou de groupes-cible spécifiques constitueront donc désormais uniquement une tâche fédérale et non plus une tâche supplémentaire incombant aux assureurs maladie. La prise en charge des coûts liés aux prestations individuelles de prévention médicale et de détection précoce, réglée dans l'art. 26 LAMal, n'est pas touchée par l'abrogation de l'art. 19 LAMal.

Art. 20

La législation sur l'assurance-maladie en vigueur prévoit déjà le prélèvement d'une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies (art. 20, al. 1, LAMal) auprès de chaque assuré obligatoire. Cette contribution, fixée jusqu'ici par le DFI sur proposition de la fondation Promotion Santé Suisse, s'élève actuellement à 2 fr. 40.

Le projet LPrév ne change rien au principe du prélèvement d'un supplément de prime LAMal au sens d'une contribution ou d'un prélèvement pour la prévention générale des maladies auprès de tous les assurés. Toutefois, les fonds collectés ne doivent plus être versés à une organisation de prévention administrée par les assureurs et les cantons, mais à l'institut, qui utilisera les recettes conformément aux dispositions de la LPrév (al. 3).

Autre modification par rapport au droit en vigueur, c'est désormais le Conseil fédéral, et non plus le DFI, qui détermine le montant du supplément de prime LAMal et le fixe dans une ordonnance (al. 5, let. a). Il doit tenir compte des axes stratégiques qu'il a préalablement définis dans le cadre de sa stratégie de prévention et de promotion de la santé pour l'utilisation des prélèvements destinés à la promotion (cf. plus haut, art. 5, al. 1, let. d). Le principe de légalité exige que le sujet, l'objet et la base de calcul du supplément de prime LAMal soient fixés au niveau de la loi sur le plan formel²¹⁶. Or, la réglementation actuelle ne répond pas à ces exigences, notamment en raison de l'absence de plafond et de la grande marge de manœuvre politique en matière d'évaluation qui en résulte pour la fixation du montant du supplément.

Alors que le plafond inscrit à l'al. 2 de la loi est articulé en pour-cent de la prime annuelle moyenne d'un assuré adulte au sens de l'art. 61, al. 3 LAMal et suit de ce fait l'évolution annuelle des primes, le Conseil fédéral devra fixer le montant du supplément de prime unique prélevé auprès de tous les assurés en francs. La base de

²¹⁶ JAAC 64 (2000), n° 25, Vol./I.

calcul du plafond en francs dont il faudra tenir compte pour fixer le montant est la prime moyenne publiée chaque année par l'OFSP dans l'aperçu des primes²¹⁷.

Aux termes de l'*al. 4*, l'institut enjoint les assureurs à lui verser le supplément et prélève un intérêt moratoire en cas de retard de paiement. Le Conseil fédéral doit régler les modalités, notamment l'échéance du paiement et le montant de l'intérêt moratoire en cas de retard de paiement (*al. 5, let. b*). En outre, l'*al. 5, let. c*, garantit que l'institut ait à sa disposition les documents que les assureurs doivent lui fournir spontanément et qui sont nécessaires au contrôle des suppléments de primes LAMal encaissés. Au cas où un assureur ne verserait pas les suppléments de prime à l'institut, les voies à disposition dans le cadre de la compétence de surveillance conférée à l'OFSP notamment par l'art. 21, al. 3, LAMal doivent d'abord être utilisées. Si les suppléments restent néanmoins impayés, l'institut rend une décision de paiement. La décision entrée en force est assimilée à un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 de la loi du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite²¹⁸ (cf. à ce sujet l'art. 54, al. 2, LPG²¹⁹).

L'encaissement du supplément de prime a fait l'objet d'une nouvelle réglementation en décembre 2007 afin d'en accroître la transparence et la traçabilité pour tous les acteurs concernés. Les contributions des assureurs sont dorénavant fixées en se fondant sur l'effectif annuel moyen d'assurés par assureur indiqué dans les données concernant la surveillance que l'OFSP publie pour l'année de cotisations. L'OFSP publie en effet les chiffres vérifiés concernant l'effectif moyen d'assurés par assureur au cours du second semestre de l'année suivante. Les assureurs se voient facturer pour toute l'année de cotisations un acompte qui s'appuie sur les dernières données de surveillance, autrement dit sur celles de l'année précédente. Ils doivent l'acquitter au 1^{er} avril. Un décompte final est adressé aux assureurs dès que l'autorité de surveillance a publié les chiffres définitifs portant sur l'année de cotisation; il est accompagné d'une facture ou d'un remboursement. Cette pratique sera maintenue sous le nouveau droit.

Art. 33, al. 2^{bis} Désignation des prestations

L'assurance obligatoire des soins couvre, pour l'ensemble de la population, le risque financier lié à la maladie. Elle est gérée par les assureurs reconnus, qui fixent la rémunération des prestations par convention avec les fournisseurs de prestations autorisés, c'est-à-dire avec les fournisseurs de prestations remplissant les exigences fixées par la loi et par l'ordonnance (conventions tarifaires, art. 43 ss LAMal). Les coûts des prestations qui remplissent la double condition d'être fournies par des fournisseurs de prestations autorisés et d'être obligatoires sont remboursés par les assureurs (système dit du tiers garant). Les fournisseurs de prestations sont listés de manière exhaustive par l'art. 35 LAMal et par les ordonnances d'exécution. Les hôpitaux publics cantonaux, ou les services médicaux cantonaux, sont autorisés à fournir les mêmes prestations que les cabinets médicaux privés. Mais la loi ne confie aux cantons aucun rôle particulier en matière de fourniture de prestations. L'on sait

²¹⁷ Cf. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=fr>
Pour 2009, le montant de la prime mensuelle moyenne par assuré adulte publié par l'OFSP (prime y c. couverture accidents et pour une franchise ordinaire de 300 francs) était de 322 fr. 86. 0.125 % du total de la prime annuelle de 3874 fr. 32 correspond donc à 4 fr. 84. Le plafond fixé dans la loi en 2009 s'élève donc au double du supplément prélevé aujourd'hui, à savoir 2 Fr. 40 par assuré et par an.

²¹⁸ RS 281.1

²¹⁹ RS 830.1

pourtant que, dans le domaine précis de la prévention, l'implication des cantons est indispensable pour s'assurer non seulement que les prestations fournies soient conformes aux critères «de l'efficacité, de l'adéquation, et du caractère économique» (art. 32 LAMal) mais aussi, en tout cas pour une certaine catégorie de mesures, que la mise en œuvre soit à la fois efficace et orientée vers les objectifs. Font notamment partie de cette catégorie les mesures qui, comme la vaccination pandémique ou encore le dépistage par mammographie, s'adressent à un grand nombre de personnes. En tout état de cause, l'implication des cantons est indispensable pour faire le lien entre, d'un côté, le financement des prestations médicales, et de l'autre, la réalisation des objectifs de prévention par l'information et la prise en charge de la population. Certes, il existe d'ores et déjà des dispositions allant dans le sens de cette implication: la LAMal prévoit la possibilité d'exonérer de franchise les mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal (art. 64, ch. 6, let. d); et, au motif que c'est la seule façon de s'assurer que les prestations satisfassent aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, l'OPAS²²⁰ oblige les cantons à réaliser eux-mêmes les programmes de prévention lorsque les coûts des prestations correspondantes sont censés être pris en charge par l'assurance-maladie. Mais pour véritablement mettre en évidence le rôle des cantons dans la loi, il convient de compléter en conséquence l'art. 33 LAMal.

3.7.2 Section 2 Dispositions transitoires

Art. 42 Transfert des droits et des obligations à l'institut

L'entrée en vigueur de la loi confère à l'institut la personnalité juridique en tant qu'établissement autonome de droit public, ce qui lui permet de conclure des contrats, de porter plainte et de faire l'objet d'une plainte en son propre nom. Le Conseil fédéral fixe la date d'entrée en vigueur de la loi. Il convient de fixer simultanément la création de l'institut, le moment du transfert de l'actif et du passif ainsi que des droits et des obligations. Le Conseil fédéral approuve en outre l'inventaire de reprise et le bilan d'ouverture. L'expérience a montré que pendant la phase où la création d'une unité décentralisée se concrétise, un besoin non prévisible de réglementation se fait sentir, raison pour laquelle une compétence supplémentaire est donnée au Conseil fédéral, celle d'édicter les mesures et les dispositions nécessaires à la transition (*al. 1*).

L'actif et le passif du FPT au moment de l'entrée en vigueur doivent être transférés à l'institut dans le cadre d'une succession universelle (*al. 2*). La loi du 3 octobre 2003 sur la fusion²²¹ n'est pas applicable.

La fondation «Promotion santé suisse» est libre de choisir comment elle se réorganisera et se financera après l'entrée en vigueur de la loi, et par conséquent après l'abrogation de l'art. 19 LAMal²²² (cf. aussi à ce propos ch. 2.4.6). En cas de dissolution de la fondation, le Conseil fédéral reçoit la compétence de conclure avec celle-ci un accord sur la reprise d'un éventuel actif (*al. 3*). Cela inclut la possibilité

²²⁰ RS 832.112.31

²²¹ RS 221.301

²²² RS 832.10

de transférer à l'institut les ressources financières pour les affecter à un but au sens des art. 12 et 13.

L'*al. 4* garantit que l'institut dispose en permanence des ressources nécessaires pour assurer l'exploitation même pendant la phase transitoire.

Si l'institut a besoin à court terme de ressources supplémentaires pour se développer, l'AFF doit pouvoir conclure avec lui un contrat de prêt (*al. 5*).

Art. 43 Transfert des rapports de travail à l'institut

L'institut assumera des tâches gérées pour l'heure au sein de l'administration fédérale centrale par plusieurs unités de l'OFSP et par le fonds de prévention du tabagisme. De par la loi, ces rapports de travail sont transférés à l'institut (*al. 1*). Les rapports de travail du personnel de l'institut étant soumis à l'art. 30 LPers²²³, l'OFSP ne peut pas licencier les employés, et l'institut ne doit pas lancer de procédure d'embauche. Les employés concernés ont la possibilité, en vertu de l'art. 333, al. 2, CO, de s'opposer au transfert de leurs rapports de travail. Le cas échéant, ces derniers prennent fin à l'expiration du délai de congé légal, lui-même régi par la LPers.

L'institut bénéficiera d'un nouveau mode d'organisation, ce qui implique que certains secteurs et fonctions seront redéfinis. Les personnes concernées ne peuvent faire valoir aucun droit auprès de leur ancien employeur (*al. 2*). En revanche, conformément à l'art. 52a de l'ordonnance du 3 juillet 2001 sur le personnel de la Confédération²²⁴, le salaire acquis est maintenu pendant deux ans.

3.7.3 Section 3 Référendum et entrée en vigueur

Art. 44

La présente loi est sujette au référendum conformément à l'art. 141, al. 1, let. a, Cst. Le Conseil fédéral fixe la date de son entrée en vigueur.

4 Conséquences

4.1 Conséquences pour la Confédération

La LPrév améliorera sensiblement les bases légales existantes dans le domaine de la coordination et du pilotage des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce à l'échelle nationale. Par ailleurs, elle donnera de nouvelles bases légales à la prévention et à la détection précoce des maladies non transmissibles et des maladies psychiques. La Confédération est appelée à jouer dans ce contexte un rôle important de conduite au niveau stratégique.

Le projet de loi prévoit que la Confédération se voie confier une nouvelle tâche: celle de fixer, avec la participation des cantons, des objectifs nationaux en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce (art. 4) et de contrôler leur mise en œuvre. De plus, elle doit coordonner tous les quatre ans, au moyen

²²³ RS 172.220.1

²²⁴ RS 172.220.111.3

d'une stratégie qu'elle définit, les mesures et les activités de tous les services concernés pour contrôler si ces objectifs nationaux ont été atteints (art. 5). Le DFI (OFSP) jouera un rôle éminent dans la conduite des processus concernant ces deux instruments de pilotage et de coordination ainsi que dans leur évaluation (cf. aussi à ce propos art. 38). Les ressources humaines et financières nécessaires devront être financées par le biais du budget ordinaire de l'OFSP.

De plus, l'institut sera chargé de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes nationaux (art. 6 et art. 20, al. 3), des mesures de soutien professionnel et méthodologique en faveur des cantons et de tiers (art. 8) et de l'octroi des subventions provenant des contributions perçues sur les prélèvements pour la prévention pour certains projets et programmes cantonaux (art. 13).

Le budget de l'institut, de même que le besoin de financement pour les autres nouvelles tâches découlant de la mise en œuvre de la loi sur la prévention pour la Confédération, peuvent être chiffrés à l'heure actuelle, comme illustré ci-après (cf. également tableau 7). A noter à ce propos que l'évaluation et la pondération définitives des différentes tâches et des ressources nécessaires à cet effet ne se feront que dans le cadre de l'adoption des premières bases stratégiques définies par le Conseil fédéral pour l'institut (cf. également le commentaire de l'art. 5). Ces bases visent aussi à assurer, sous réserve des décisions budgétaires prises par le Parlement, une certaine harmonisation entre les tâches et les finances (cf. plus haut, ch. 2.5). Le Conseil fédéral doit notamment déterminer quel pourcentage des recettes provenant des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) seront mis à la disposition de l'institut pour la planification et la mise en œuvre de programmes nationaux au sens de l'art. 6 (cf. art. 5, al. 1, let. d). Conformément aux art. 12 et 13, l'institut utilisera les recettes restantes issues des prélèvements pour la prévention pour octroyer des subventions à des programmes et des projets des cantons et de tiers.

Le besoin de financement pour les différentes tâches peut être, grosso modo, chiffré comme suit:

- 16,2 millions de francs pour le crédit d'exploitation de l'institut (cf. également le commentaire de l'art. 32). Il se répartit de la manière suivante: frais de personnel: 9 millions de francs, qui correspondent à 60 postes à temps complet²²⁵; coûts des places de travail: 1,2 million de francs (env. 80 collaborateurs); moyens matériels permettant d'accomplir les mesures de soutien prévues par l'art. 8 ainsi que les activités de recherche sectorielle: 6 millions de francs²²⁶;
- 11 millions de francs à titre de subvention, prise sur les finances de la Confédération, pour la planification, la réalisation et l'évaluation de programmes nationaux au sens de l'art. 6 (à propos des subventions provenant des prélèvements perçus pour la prévention, cf. ci-après et commentaire de l'art. 12);

²²⁵ On a pris comme base de calcul le nombre et la répartition des classes de traitement du personnel chargé aujourd'hui à l'OFSP de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce (sans lutte contre les épidémies ni préparation à la pandémie).

²²⁶ Cela correspond au budget annuel d'organisations du même genre, comme l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) ou la fondation RADIX.

- 4 millions de francs pour l'établissement de statistiques sanitaires (art. 17), l'encouragement de l'harmonisation, de la qualité et de l'évaluation centrale des données des registres de diagnostics (art. 18) ainsi que le développement des rapports sanitaires (art. 19).

Suivant cet exemple, les 8 millions de francs restants, qui résultent d'une mise en œuvre sans incidences budgétaires, peuvent, en vertu de l'art. 14, être utilisés pour l'octroi d'aides financières à des organisations nationales actives dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

Les dépenses totales de la Confédération pour la mise en œuvre de la loi sur la prévention s'élèvent donc à 39,2 millions par an. Comme le montre le tableau 7, le financement de ces prestations pourra être assuré par le transfert des moyens (y c. les charges de personnel) budgétés actuellement à l'OFSP pour les tâches correspondantes (mise en œuvre sans incidence budgétaire).

Tableau 7

Financement de la mise en œuvre de la loi sur la prévention et dépenses actuelles de l'OFSP pour les mesures de prévention

Dépenses actuelles de l'OFSP	Dépenses 2008 en millions CHF	Futures tâches selon la loi sur la prévention	Budget en millions CHF		
			Institut	OFSP	Total
Charges de personnel (env. 60 postes à temps complet, sans coûts de postes de travail)	9,0	Frais d'exploitation de l'institut, dont: – charges de personnel – Coûts de postes de travail – Matériel ²	16,2 9,0 1,2 6,0		
Recherche sectorielle ¹	1,8				
Programmes de prévention, y c. évaluation (crédit pour la prévention)	24,7	Programmes nationaux y c. évaluation ³	11,0		
Contribution aux registres cantonaux des cancers et à NICER	1,2	Développement de statistiques sanitaires et registre des diagnostics		4,0	
Subventions à des organisa- tions sanitaires et de prévention	1,3	Aides financières au sens de l'art. 14		8,0	
Total	38,0	Total	27,2	12,0	39,2

¹ Conformément à la banque de données ARAMIS

² Dépenses pour les mesures de soutien au sens de l'art. 8 et recherche sectorielle (cf. à ce propos commentaire de l'art. 32).

³ Subvention fédérale; une partie des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) peut aussi être affectée au financement de programmes nationaux au sens de l'art. 6 dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral.

On peut toutefois supposer que si l'on veut atteindre les objectifs nationaux, des fonds supplémentaires seront nécessaires à long terme pour financer non seulement les programmes nationaux visés par l'art. 6 (traitant notamment des principales maladies non transmissibles et psychiques comme le cancer ou la dépression, p. ex.,)

mais aussi les subventions à des programmes et des projets des cantons ou de tiers au sens de l'art. 12, al. 3. Les recettes annuelles provenant des prélèvements pour la prévention s'élèvent aujourd'hui à env. 16 millions de francs en ce qui concerne la taxe pour la prévention du tabagisme, et à 18 millions de francs en ce qui concerne le supplément de prime LAMal. Si les besoins en ressources liés aux efforts de prévention devaient augmenter sur le long terme, le supplément de prime LAMal, aujourd'hui de 2 fr. 40 par personne assurée et par an, devra être augmenté (cf. à ce propos ch. 4.3).

Si le Conseil fédéral prévoyait des économies dans le domaine de la prévention, conséquence des axes de réforme concernant l'examen des tâches de la Confédération dans le domaine «santé de l'homme et de l'animal»²²⁷ qu'il a approuvés le 9 avril 2008, il pourrait y parvenir en diminuant les subventions fédérales allouées aux programmes nationaux (art. 6; cf. commentaire de l'art. 32) et en développant les subventions tirées des prélèvements pour la prévention (en particulier le supplément de primes LAMal). L'alternative consisterait à renoncer à l'extension prévue des aides financières accordées aux organisations faîtières nationales. En outre, l'optimisation des structures organisationnelles dans le domaine de la prévention engendrerait certaines économies. Ici aussi, les décisions définitives ne devraient être arrêtées que lorsque la première stratégie du Conseil fédéral sera adoptée.

Comme on l'a relevé au ch. 2.4.4, il est impossible de dire à l'heure actuelle (septembre 2009) si le conseil de fondation de Promotion Santé Suisse approuvera la reprise de l'actif de la fondation par l'institut, ainsi que le prévoit l'art. 42, al. 3. C'est pourquoi on ne peut pas non plus chiffrer pour l'instant les ressources nécessaires au processus de création de l'institut. En même temps, les conséquences précises de la création de l'institut pour l'OFSP et, éventuellement, pour d'autres unités administratives sur le plan de l'organisation dépendent du cadre légal définitif et ne pourront par conséquent être présentées en détail qu'une fois le projet adopté par les Chambres fédérales.

4.2 Conséquences pour les cantons et les communes

La loi sur la prévention offre aux cantons, et partant aux villes et aux communes, la possibilité de participer davantage à la politique de prévention et de promotion de la santé. Mais ce projet de loi ne confie pas à proprement parler de tâches d'exécution aux cantons.

Le projet LPrév, qui tient compte de la structure fédérale de l'Etat, laisse ou délègue aux cantons différentes tâches et obligations:

- réaliser des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, en tenant plus particulièrement compte des mesures axées sur les objectifs nationaux (art. 11, al. 2);
- collecter des données dans des domaines choisis de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce (art. 17, al. 1);

²²⁷ Cf. p. 9 du rapport du 9 avril 2008 complétant le plan financier de la législature 09–2011, qui peut être consulté à l'adresse suivante:
http://www.efv.admin.ch/f/dokumentation/downloads/themen/bundesfinanzen/finanzplan/Ergaenzungsbericht_Legislaturfinanzplanung_f_2009_2011.pdf

- mettre à la disposition de la Confédération les données statistiques nécessaires à l'élaboration de rapports sanitaires (art. 19, al. 2).

La mise en place ou le développement des institutions et des offres énumérées à l'art. 11 risquent d'augmenter les besoins des cantons, des villes et des communes en ressources humaines et financières, notamment pour ceux d'entre eux qui ne sont pas encore très actifs en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Compte tenu de la vétusté du système de saisie, les données statistiques sur les dépenses faites par les cantons dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé dont on dispose (cf. ch. 1.1.2) ne permettent pas de quantifier les ressources supplémentaires qui découleront, pour chaque canton, de la mise en œuvre de la LPrév.

Par contre, la loi donne aux cantons la possibilité de s'associer pour organiser et proposer les mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce (cf. art. 11, al. 2). De plus, les processus de coordination et de pilotage gérés à l'échelon supérieur par la Confédération (objectifs nationaux selon l'art. 4 et stratégie définie par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 5), l'extension des mesures de soutien de la Confédération (art. 8) et l'amélioration de la base de données pour le pilotage des mesures (cf. art. 17 à 19) allègeront la charge pesant sur les cantons. En leur qualité de clients importants de l'institut, les cantons obtiennent en outre le droit de proposer trois des neuf membres du conseil de l'institut (art. 26, al. 2).

De surcroît, le projet de loi prévoit de donner au Conseil fédéral la possibilité, conformément à sa décision du 25 février 2009 (cf. plus haut, ch. 2.2.2.) et dans le cadre de la stratégie qu'il aura définie en vertu de l'art. 5, de contribuer aux programmes cantonaux de prévention et de promotion de la santé en transmettant directement aux cantons une partie des recettes provenant du supplément de prime LA-Mal et une partie de la taxe pour la prévention du tabagisme sous la forme de subventions, pour autant que ces programmes permettent d'atteindre les objectifs nationaux (cf. plus haut, ch. 2.4.5 et commentaire des art. 12, al. 3, let. b et 13, al. 2).

4.3 Conséquences économiques²²⁸

Conséquences pour les différents groupes sociétaux

La loi sur la prévention se répercute, en premier lieu, sur les acteurs publics fédéraux et cantonaux (cf. ci-dessus les ch. 4.1 et 4.2). Exception faite des assureurs, les autres organisations et acteurs actifs dans le domaine de la santé (médecins, pharmaciens, hôpitaux, etc.) ne sont qu'indirectement concernés par le projet. Les assureurs, pour leur part, seront déliés de leurs tâches dans le domaine de la prévention générale des maladies (cf. commentaire relatif à l'art. 41), mais ils obtiennent le droit de proposer un des neuf membres qui composent le conseil de l'institut (art. 26, al. 2).

Les organisations privées de santé et de prévention ainsi que les institutions et les professions de la santé actives prioritairement dans le domaine curatif qui peuvent planifier leur action de manière plus ciblée dans ces secteurs sur la base des objectifs

²²⁸ Les paramètres de contrôle de l'analyse d'impact de la réglementation sont traités comme suit: «Nécessité et possibilité d'une action de l'Etat» (ch. 2.8); «Conséquences pour les différents groupes sociétaux» et «Conséquence pour l'économie en général» (ch. 4.3); «Réglementations alternatives» (ch. 2.1 et 2.4.4); «Adéquation lors de l'exécution» (ch. 2.8).

nationaux et qui reçoivent de nouvelles impulsions pour proposer des mesures de prévention et de promotion de la santé bénéficient également de l'objectif du projet LPrév, qui est de mieux coordonner et piloter les activités que la Confédération et les cantons entreprennent en matière de prévention et de promotion de la santé.

A moyen et à long termes, les assurés devraient aussi profiter, sur le plan financier, d'une consolidation de la prévention et de la promotion de la santé (cf. ci-après). Parallèlement, ils devront probablement assumer une charge financière supplémentaire. Si les besoins en ressources liés aux efforts de prévention devaient augmenter sur le long terme, cela pourrait entraîner une augmentation du supplément de prime LAMal, qui est actuellement de 2 fr. 40 par personne et par an. Partant de la prime annuelle moyenne d'un assuré adulte (prime y c. couverture accidents, avec une franchise ordinaire de 300 francs) publiée par l'OFSP pour 2009, soit 3874 francs 32²²⁹, le prélèvement représente aujourd'hui à peu près 0,06 % de la prime annuelle moyenne. La modification de l'art. 20, al. 2, LAMal proposée fixe le montant maximal du supplément de prime à 0,125 % de la prime moyenne annuelle d'un assuré adulte selon l'art. 61, al. 3 LAMal. Aujourd'hui, ce montant serait donc tout au plus de 4 francs 80 par personne assurée et par an, soit le double du supplément actuel. Dans ce cas aussi, le supplément exprimé en pour-cent se situerait nettement en-dessous des suppléments prélevés dans le domaine de la prévention des accidents non professionnels (0,75 % des primes nettes moyennes de l'assurance des accidents non professionnels, conformément à l'art. 2 de l'ordonnance du 6 juillet 1983 fixant les suppléments de primes pour la prévention des accidents²³⁰) et dans celui de la prévention des accidents de la route (également 0,75 % de la prime nette de l'assurance responsabilité civile des véhicules à moteur, conformément à l'art. 1 de l'ordonnance du 13 décembre 1976 sur une contribution financière à la prévention des accidents de la route²³¹)²³².

L'avant-projet LPrév ne contient aucune mesure s'adressant directement aux entreprises. En revanche, le secteur de la communication notamment peut bénéficier d'un engagement renforcé de l'Etat dans le domaine de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et de la détection précoce grâce à la possibilité d'obtenir des mandats supplémentaires pour les activités d'information et les campagnes médiatiques en particulier.

Conséquences pour l'économie en général

L'état de santé, allié à la formation, stimule l'accumulation et la sollicitation du savoir, des capacités et des expériences d'une population (capital humain ou richesse humaine). Tout comme le progrès technique et le capital (privé et public), le capital humain fait actuellement partie intégrante des facteurs déterminants de la croissance économique. La santé de chacun et celle de la population ont donc une influence non négligeable sur la situation économique d'un pays. L'amélioration de la santé de la population freine l'augmentation des dépenses de santé et accroît le potentiel de production des personnes en rallongeant leur espérance de vie en bonne santé et en

²²⁹ Cf. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=fr>

²³⁰ RS 832.208

²³¹ RS 741.811

²³² En vertu de l'art. 1 de l'ordonnance du 6 juillet 1983 fixant les suppléments de primes pour la prévention des accidents (RS 832.208), le supplément de prime pour la prévention des accidents et des maladies professionnels s'élève à 6,5 % des primes nettes de l'assurance des accidents professionnels.

optimisant les possibilités de participation à l'emploi. Au vu des défis démographiques auxquels nous sommes confrontés («vieillesse de la population»), c'est très souhaitable. Il faut par conséquent s'attendre, à long terme, à des conséquences fiscales et non fiscales positives sur l'économie.

L'augmentation des risques sanitaires va non seulement de pair avec une augmentation des frais de traitement (coûts directs) mais engendre également des coûts comme les arrêts de travail (coûts économiques indirects) (cf. tableau 8).

Une série d'études portant sur l'économie de la santé ont été réalisées. Elles déterminent, comme le montre le tableau 8, les coûts directs ou indirects des maladies que la prévention permettrait d'éviter en partie ou évaluent le caractère économique des mesures de prévention et de détection précoce. Pour ce faire, elles comparent tant les différentes mesures que leurs coûts avec les effets qu'elles ont sur la santé. Parallèlement, les coûts inhérents à l'absence d'action (c'est-à-dire à la renonciation à des mesures préventives) sont mis en évidence. En Suisse, il manque à l'heure actuelle une approche largement consensuelle qui permette d'évaluer les diverses mesures selon une méthode uniforme.

Tableau 8

**Coûts engendrés par les maladies et les accidents
(données correspondant à l'année 2003 et exprimées en milliards de francs)²³³**

Facteur de risque	Coûts sociaux totaux	Coûts directs dans le domaine de la santé (part des coûts de la santé)	Coûts économiques indirects	Coûts immatériels
Accidents et maladies professionnels	18,35	4,12 (8,2 %)	14,23	non chiffrés
Stress induit par le travail	16,80	2,30 (4,6 %)	3,10	11,40
Accidents de la route	13,30	3,80 (1,0 %)	0,46	9,00
Consommation de tabac	11,10	1,60 (3,2 %)	4,10	5,40
Troubles psychiques	8,30	2,90 (5,8 %)	5,50	non chiffrés
Abus d'alcool	7,10	0,85 (1,7 %)	1,60	4,70
Abus de drogues	4,10	1,35 (2,7 %)	2,30	0,42
Surpoids	2,85	1,20 à 1,70 (2,4 à 3,4 %)	1,14–1,65	non chiffrés

La longue période de latence entre la prise de mesures et la constatation de leurs effets, et les interactions complexes entre la prévention contextuelle et la prévention comportementale permettent difficilement de s'exprimer sur le potentiel de réduction des coûts à court terme induit par les mesures de prévention, de promotion de la

²³³ Source: OFSP, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berne 2004

santé et de détection précoce. Les scénarios mis au point par l’AFF (en collaboration avec l’OFSP) pour le domaine de la santé, qui complètent le plan financier 2009 à 2011 de la législature permettent, cependant, d’estimer l’influence de l’état de santé de la population sur l’évolution des coûts dans le système de la santé au cours des 50 prochaines années²³⁴. On distingue trois scénarios:

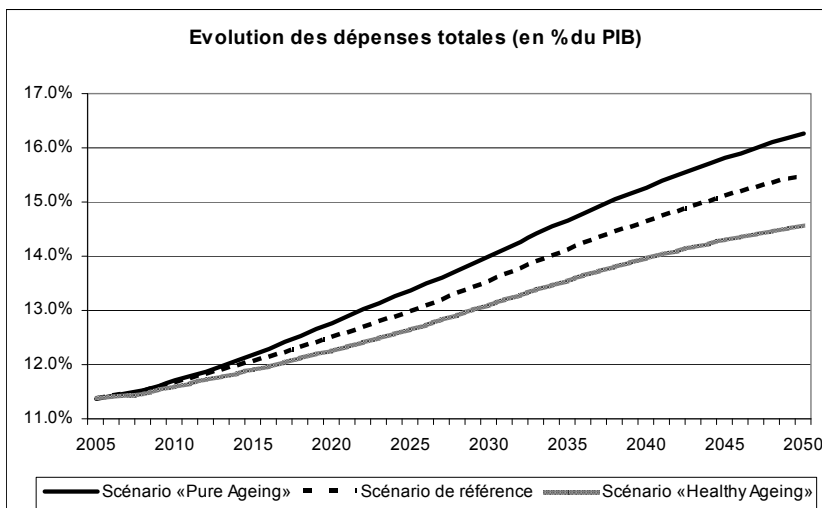
- *Scénario de référence*: la population reste en bonne santé pendant la moitié de l’espérance de vie gagnée (extension partielle de la morbidité).
- *Scénario «Pure ageing»*: la hausse de l’espérance de vie va de pair avec une dégradation de l’état de santé de la population (extension de la morbidité).
- *Scénario «Healthy ageing»*: la population traverse les années d’espérance de vie supplémentaires dans un bon état de santé (diminution de la morbidité).

Comme le montre l’illustration 2, dans le scénario de référence l’ensemble des dépenses de santé passeraient de 52,76 milliards de francs actuellement (année de base 2005; correspond à une part de PIB de 11,4 %) à 220,89 milliards de francs en 2050 (part du PIB de 15,5 %), en premier lieu à cause de l’évolution démographique²³⁵. Selon le scénario «*Pure ageing*», elles atteindraient même 232,07 milliards de francs (part du PIB de 16,3 %). Si l’on parvient toutefois à améliorer l’état de santé de la population âgée grâce à la prévention, à la promotion de la santé et à la détection précoce (scénario «*Healthy ageing*»), les coûts auxquels on peut s’attendre en 2050 baisseront et passeront à 13,30 milliards de francs (part du PIB de 14,6 %).

²³⁴ Administration fédérale des finances: Plan financier 2009 à 2011 de la législature, Berne, Février 2008, p. 115 ss.

²³⁵ Dans ce contexte, il convient de préciser que les effets de l’offre et de la demande dans le domaine de la santé résultant de l’évolution générale des revenus dans le scénario de référence expliquent près de la moitié de la croissance réelle des dépenses de santé totales.

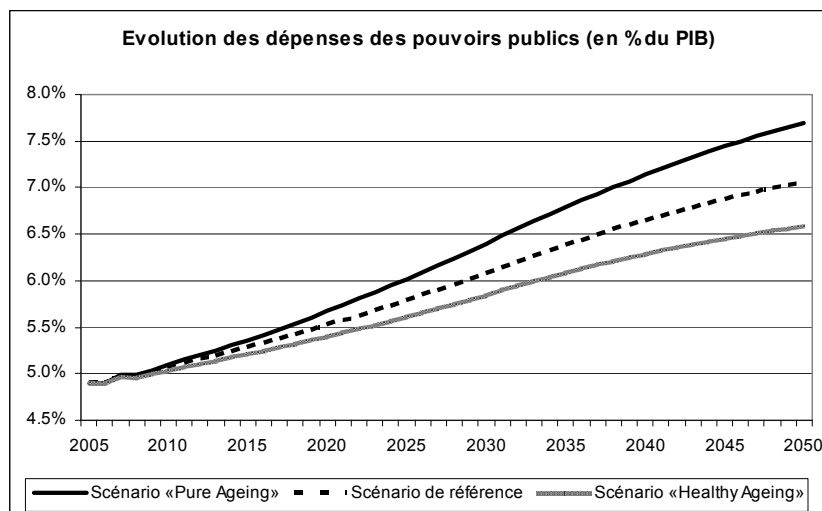
Evolution des dépenses totales dans le domaine de la santé exprimée en pour-cent du PIB entre 2005 et 2050²³⁶



Etant donné que, selon le système financier actuel, une grande partie des coûts sont supportés par les finances publiques (contributions des cantons aux soins hospitaliers, contributions fédérales et cantonales à la réduction individuelle des primes), cette évolution a des conséquences considérables sur les charges financières supplémentaires auxquelles les collectivités publiques doivent s'attendre (cf. illustration 3). Comparé au scénario de référence, la part de PIB peut être diminuée de 0,5 point avec le scénario «*Healthy ageing*» (6,6 % au lieu de 7,1 % – en chiffres absolus, cette économie potentielle s'élève à 6,90 milliards de francs). C'est pourquoi l'étude de l'AFF arrive à la conclusion que des investissements dans la prévention et la promotion de la santé pourraient constituer une mesure efficace pour freiner l'évolution des coûts décrite dans le scénario de référence. En renforçant la culture sanitaire de la population, la prévention et la promotion de la santé favorisent également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut contribuer par ailleurs à freiner l'augmentation des coûts du système de santé – aspect non abordé dans les scénarios présentés.

²³⁶ Source: Administration fédérale des finances

Evolution des dépenses des pouvoirs publics en pour-cent du PIB entre 2005 et 2050²³⁷



En avril 2008, l'Observatoire suisse de la santé a publié une étude sur l'évolution des coûts des soins de longue durée qui parvient à la même conclusion que l'étude de l'AFF²³⁸ : si, à l'avenir également, le moment où les personnes de 65 ans et plus nécessitent des soins reste celui que nous connaissons actuellement en dépit de l'accroissement de l'espérance de vie mais que, du fait même de cet accroissement de l'espérance de vie, ces personnes sont tributaires de soins sur une plus longue durée, les coûts des soins de longue durée, qui se montent aujourd'hui à 7,3 milliards de francs (année de base 2005), passeront à 17,8 milliards de francs en 2030²³⁹. En revanche, si elles ont besoin de recevoir des soins plus tard qu'actuellement (baisse du recours aux soins), les coûts s'élèveront à 16,2 milliards de francs, ce qui représente une économie de 1,6 milliard de francs par année. Aux dires des auteurs de l'étude, ces résultats indiquent clairement quel rôle les mesures de prévention et de protection de la santé qui contribuent à améliorer l'état de la population âgée et à garantir l'autonomie de celle-ci pourraient jouer dans l'atténuation de l'augmentation des coûts des soins de longue durée.

Les répercussions financières de l'amélioration de la santé de la population (notamment dans le domaine de la santé psychique) sur l'assurance invalidité ne peuvent pas être chiffrées avec suffisamment de précision, compte tenu de la complexité des

²³⁷ Source: Administration fédérale des finances

²³⁸ Observatoire suisse de la santé: Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Document de travail 34, Neuchâtel, Avril 2008 – consultable sur www.obsan.admin.ch.

²³⁹ Une grande partie de l'augmentation des coûts qui, en raison de l'évolution démographique, dépend directement de la hausse du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, est inévitable.

différents facteurs d'influence (âge au moment de la retraite, chances de succès en vue d'une réinsertion, etc.).

Comme mentionné au ch. 1.1.3, les dépenses faites pour la prévention et la promotion de la santé saisies en termes statistiques se chiffraient à 1,28 milliard de francs en 2007, ce qui correspond à 2,3 % des dépenses totales pour le système de santé suisse. La Suisse se situe donc en dessous de la moyenne de 2,7 % fournie par l'OCDE. Ce montant ne comprend pas les dépenses effectuées pour les mesures de prévention médicale et de détection précoce, prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 26 LAMal²⁴⁰, étant donné que les assureurs n'ont fourni aucune donnée statistique à ce sujet. Il ne comprend pas non plus les dépenses liées aux médicaments prescrits à titre préventif de manière subsidiaire comme ceux destinés à abaisser la tension ou ceux destinés à réguler le métabolisme des graisses. A l'échelon fédéral, outre les moyens financiers fédéraux (env. 27,6 millions de francs par an, sans les dépenses de personnel), les prélèvements pour la prévention, à savoir la taxe pour la prévention du tabagisme (recettes s'élevant à 16 millions de francs par an) et le supplément de prime LAMal (recettes se montant à 18 millions de francs par an) sont les principales sources de financement pour les mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce (cf. également à ce sujet le tableau 4 au ch. 1.2.3)²⁴¹.

Comme le montre le tableau 8, à ces dépenses s'opposent les dépenses annuelles totales liées aux maladies potentiellement évitables qui se chiffrent à plus de 30 milliards de francs.

Les efforts de prévention reposant sur des mesures structurelles, comme l'interdiction de vendre des boissons sucrées dans les écoles publiques, peuvent occasionner des pertes financières pour les entreprises concernées. Les mesures structurelles de prévention ne s'appuient cependant pas directement sur la loi sur la prévention, mais impliquent de modifier ou de compléter les lois spéciales, aussi bien fédérales que cantonales (cf. commentaire relatif à l'art. 2, al. 2, let. b). Si le Conseil fédéral considère qu'introduire des mesures structurelles constitue une marche à suivre adéquate et proportionnelle pour atteindre les objectifs nationaux, il les proposera alors dans le cadre de l'adoption de la stratégie valable pour quatre ans (cf. commentaire de l'art. 5, al. 1). Ainsi, il n'est pas possible de chiffrer à l'heure actuelle les répercussions financières qui en découleront pour les entreprises. L'art. 5, al. 2, let. a, du projet LPrév prévoit toutefois une estimation prospective des éventuels effets économiques, sociétaux et environnementaux des mesures. Cette estimation portera aussi sur un aspect central: les conflits d'intérêts pouvant surgir entre la protection sanitaire de la population et une éventuelle restriction de la liberté individuelle et de la liberté d'entreprise. Il faudra toutefois faire la distinction entre les restrictions de la liberté individuelle dans l'absolu et les éventuelles pertes financières qui en découlent pour certaines branches de l'économie. Même si la vente de certains produits est limitée par des mesures structurelles, ces limitations ne seront

²⁴⁰ RS 832.10

²⁴¹ Dans le domaine de la prévention des accidents (accidents professionnels et non professionnels et accidents de la route), les suppléments de primes de l'assurance des accidents professionnels (env. 100 millions de francs par an) et de primes de l'assurance-responsabilité civile des véhicules à moteur (env. 24 millions de francs par an) permettent de disposer de quelque 140 millions de francs par an au total pour les mesures de prévention (cf. tableau 3 au ch. 1.1.2).

probablement pas négatives au point de se répercuter sur la demande générale de marchandises ou de prestations, les consommateurs se tournant simplement vers d'autres produits.

4.4 Effets sur la société et évaluation de la durabilité (EDD)

L'art. 141, al. 2, let. g, LParl²⁴² dispose que les conséquences économiques, sociales et environnementales des projets d'acte et leurs conséquences pour les générations futures doivent être exposées dans les messages. En complément de l'analyse d'impact de la réglementation (cf. ch. 4.3), une EDD de la LPrév a donc été menée²⁴³ d'après le guide publié par l'Office fédéral du développement territorial²⁴⁴. L'EDD permet d'estimer précocement les effets d'un projet sur tous les plans du développement durable (société, environnement, économie) et d'identifier les conflits d'intérêt.

En ce qui concerne les effets du projet LPrév sur l'économie, les résultats de l'EDD se recoupent avec ceux de l'analyse d'impact. Ils sont reproduits au ch. 4.3. Dans l'ensemble, ils peuvent être considérés comme positifs, la prévention, la promotion de la santé et la détection précoce contribuant à préserver et à améliorer l'état de santé de la population (active), à augmenter la productivité ainsi qu'à freiner l'évolution des coûts de la santé (cf. à ce sujet également les illustrations 2 et 3).

Le projet LPrév n'a, par contre, pas d'influence importante sur l'environnement.

Pour ce qui est du domaine de la société, le projet a des effets positifs, dans l'ensemble. L'état de santé de la population est préservé et amélioré. En outre, l'égalité des chances et la solidarité entre les différentes couches de la société se trouvent renforcées, pour autant que l'on parvienne à mettre en place un meilleur accès aux informations en matière de santé et des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ciblées.

5 Lien avec le programme de la législature

Le projet est annoncé dans le message du 23 janvier 2008 sur le programme de la législature 2007 à 2011²⁴⁵ et dans l'arrêté fédéral du 18 septembre 2008 sur le programme de la législature 2007 à 2011²⁴⁶.

²⁴² RS 171.10

²⁴³ Ecoplan: évaluation de la durabilité. EDD concernant la loi sur la prévention, Berne, septembre 2009. Consultable sous: www.bag.admin.ch/pgf2010

²⁴⁴ Office fédéral du développement territorial: Evaluation de la durabilité. Guide pratique pour les service fédéraux et autres intéressés, Berne, novembre 2008, consultable sous <http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=fr>

²⁴⁵ FF 2008 798 824

²⁴⁶ FF 2008 7745

6 Aspects juridiques

6.1 Constitutionnalité

Le projet LPrév se fonde sur l'art. 118, al. 2, let. b, Cst.; le prélèvement du supplément de prime LAMal se fonde sur l'art. 117, al. 1, Cst.

Aux termes de l'art. 118, al. 2, Cst., la Confédération légifère sur des questions sanitaires spécifiques. L'art. 118, al. 2, let. b, Cst. lui donne ainsi la compétence de légiférer sur la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux. L'arsenal réglementaire dont dispose la Confédération pour lutter contre les maladies n'est pas défini au niveau de la Constitution. La notion de «lutte» a été progressivement étendue et n'est plus limitée aujourd'hui aux mesures destinées à «se défendre» contre les maladies. Il est donc incontestable que la Confédération peut édicter toutes les réglementations adéquates et nécessaires visant à combattre les maladies transmissibles, très répandues ou dangereuses. C'est pourquoi elle n'est pas uniquement cantonnée à la réglementation d'instruments de police de la santé comme les interdictions, les contraintes ou les obligations d'obtenir des autorisations. Qui plus est, elle peut aussi édicter des réglementations relatives à la prévention et au traitement de certaines maladies, y compris à la recherche y afférente. Elle ne peut, toutefois, entreprendre des actions de promotion de la santé ou légiférer en la matière, que lorsqu'il existe une étroite connexité matérielle avec la prévention de l'une des maladies mentionnées. La notion de «santé» peut être comprise dans un sens plus large que celui de ne souffrir d'aucune maladie; de fait, il est possible de promouvoir la santé, au titre de bien, dans une très large mesure. A cet égard, la Confédération ne bénéficie d'aucune compétence. La promotion de la santé dans de telles proportions est du ressort des cantons. La Confédération n'est donc pas habilitée à prendre des mesures de promotion de la santé globales et ne visant pas une maladie en particulier. La Confédération créer des incitations financières si les offres de prestations de particuliers en matière de lutte contre les maladies citées à l'art. 118, al. 2, let. b, Cst. font défaut. Elle peut, enfin, édicter des réglementations pour informer l'opinion au sujet de la problématique de certaines maladies, ou de la réalisation de campagnes visant à influencer sur les comportements. Il faut que ces mesures aient un lien avec les maladies contre lesquelles il convient de «lutter» (let. b) ou, pour le moins, diminuent les facteurs de risque reconnus que comportent ces maladies (adiposité, hypertension, abus d'alcool, tabagisme, etc.). Les mesures peuvent par conséquent servir à éviter qu'une maladie ne survienne ou à permettre de combattre cette maladie. Les mesures de promotion de la santé peuvent aussi entrer dans cette catégorie pour autant qu'elles permettent d'éviter que certaines maladies ne surviennent.

Par maladies transmissibles, on entend les maladies au sens de la LEp²⁴⁷ (cf. art. 3, let. e, du projet LPrév), telles que la tuberculose ou le VIH/sida. Les maladies très répandues sont suprarégionales et fréquentes (cf. art. 3, let. f, du projet LPrév). Les maladies non transmissibles telles que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires, les troubles liés aux dépendances et les maladies psychiques, notamment, sont considérées comme très répandues. Les maladies qui menacent la vie ou entraînent des effets considérables (graves et durables) sur la santé (cf. art. 3, let. g, de l'avant-projet LPrév), comme le cancer, par exemple, sont considérées comme particulière-

ment dangereuses. S'agissant de la prévention, de la détection précoce et de la promotion de la santé concernant les maladies citées les mesures prévues dans le projet LPrév, se fondent sur l'art. 118, al. 2, let. b, Cst.

En vertu de l'art. 117, al. 1, Cst., la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. On peut considérer que, en tant que diminution générale préventive du dommage, la prévention fait partie de l'assurance-maladie. L'activité d'assurance étant financée par le biais de primes, les réglementations relatives à la prévention des maladies en général peuvent aussi être considérées comme une partie de l'activité de l'assurance-maladie et leur financement au moyen de suppléments de primes comme entrant dans la compétence fédérale visée par l'art. 117 Cst. La perception d'un supplément de prime au titre de la prévention générale des maladies peut s'appuyer sur l'art 117 Cst. pour des raisons de connexité matérielle et ne nécessite pas de base constitutionnelle explicite et spécifique dans la mesure où l'on peut dire qu'il y a un lien suffisamment étroit, autrement dit une équivalence de groupe qualifiée, entre le cercle des assujettis en tant que contribuables et celui des personnes à qui bénéficie l'affectation de la taxe. Et ce, pour autant que les mesures de prévention soient à même de diminuer les coûts à la charge de l'assurance (cf. commentaire relatif à l'art. 12). La perception d'un supplément de prime LAMal au sens de l'art. 20 LAMal²⁴⁸ et son affectation conformément à l'art. 12, al. 1, du projet LPrév sont par conséquent conformes à la Constitution.

6.2 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

Le présent projet ne touche aucune obligation internationale contractée par la Suisse. Pour ce qui concerne les maladies non transmissibles et les maladies psychiques, la Suisse n'est encore tenue par aucune obligation légale vis-à-vis de l'Union européenne (UE). Néanmoins, l'OFSP conduit actuellement avec la Commission européenne, sur mandat du Conseil fédéral, des négociations en vue d'un possible accord sur la santé entre la Suisse et l'UE, et d'une éventuelle participation de la Suisse aux programmes d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (cf. ch. 2.6.3).

La loi sur la prévention constitue une base légale adéquate pour une collaboration avec l'UE dans le domaine de la prévention et de la détection précoce de maladies non transmissibles ou psychiques et dans celui de la promotion de la santé. La collaboration avec l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (cf. ch. 2.6.2 et 2.6.3) n'appelle pas la création, au niveau national, d'une entité administrative devenue juridiquement autonome (cf. à ce sujet commentaire relatif à l'art. 37).

6.3 Forme de l'acte à adopter

Le projet contient des dispositions importantes fixant des règles de droit qui doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale, conformément à l'art. 164, al. 1, Cst. La LPrév suit par conséquent la procédure législative ordinaire.

248 **RS 832.10**

6.4 Frein aux dépenses

Le présent projet n'est pas assujéti au frein à l'endettement au sens de l'art. 159, al. 2, let. b, Cst., car il n'entraîne pas de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs, ni de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs.

6.5 Compatibilité avec la loi sur les subventions

6.5.1 Subvention de la Confédération octroyée à l'institut

Importance de la subvention pour atteindre les objectifs visés

La subvention accordée par la Confédération à l'institut est destinée, d'une part, à financer les tâches de l'institut énumérées de manière exhaustive à l'art. 32, al. 1, de même qu'à indemniser les frais d'exploitation qui s'ensuivent (cf. commentaire relatif à l'art. 32, al. 1). D'autre part, elle sert à financer partiellement, conformément à la stratégie du Conseil fédéral, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes nationaux selon l'art. 6 (cf. commentaire relatif à l'art. 32, al. 2).

Pilotage matériel et financier

Le Conseil fédéral définit tous les quatre ans, en se fondant sur les objectifs nationaux selon l'art. 4, tant les objectifs stratégiques de l'institut que les bases des programmes nationaux et celles concernant l'utilisation des prélèvements pour la prévention selon l'art. 12 (art. 5, al. 1, let. a et d). Il fixe ensuite dans le budget et le plan financier, sous forme de montant global, la subvention annuelle allouée par la Confédération à l'institut. D'où la garantie d'un financement adéquat des tâches prévues. La souveraineté budgétaire du Parlement est respectée.

L'évaluation des performances se fonde sur les rapports annuels du conseil de l'institut (art. 27, al. 2, let. a).

6.5.2 Aides financières en faveur d'organisations à but non lucratif

Importance des subventions pour la réalisation des objectifs visés

La Confédération soutient les organisations à but non lucratif œuvrant dans les domaines de la santé, de la prévention, de la promotion de la santé, de la détection précoce et de l'entraide (organisations de prévention et de santé) en subventionnant leurs mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce de portée nationale.

Sous l'effet du vieillissement démographique, il faut s'attendre pour les prochaines années et décennies à une nouvelle augmentation des maladies chroniques non transmissibles et des maladies psychiques, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les autres maladies dues à la surcharge pondérale, ou encore les dépressions (cf. ch. 1.1 ci-dessus).

Les organisations de prévention et de santé, comme les ligues de santé, les organisations de patients ou les groupes d'entraide, assument des tâches importantes dans la prévention et la détection précoce des maladies chroniques, en informant tant sur les facteurs de risque de certaines maladies que sur les conditions de vie et les comportements salutogènes. Leur engagement est déterminant pour réduire la charge de morbidité. En outre, ces organisations prodiguent aux malades chroniques des conseils et leur offrent une prise en charge et un soutien. Elles contribuent notamment à renforcer la culture sanitaire des individus confrontés à une maladie, et encouragent ainsi une demande et une utilisation plus différenciées des prestations du système de santé. Autrement dit, les organisations de prévention et de santé n'œuvrent pas seulement à la préservation et à l'amélioration de l'état de santé de la population en Suisse, mais freinent aussi à plus long terme l'augmentation des coûts de la santé (cf. ch. 4.3 ci-dessus).

Toujours sous l'influence du vieillissement démographique, la demande d'informations sur les maladies chroniques et l'offre correspondante de conseil et de soutien sont appelées à se développer durant les prochaines années et décennies. Or sans les subventions de la Confédération, les organisations de prévention et de promotion de la santé ne parviendront pas à fournir ces prestations supplémentaires. De même, la réduction des aides financières aboutirait en parallèle à une diminution des prestations fournies par les organisations de prévention et de santé subventionnées, à moins que celles-ci parviennent à générer davantage de fonds de tiers, notamment par des dons du secteur privé.

Pilotage matériel et financier

Les aides financières, versées sous formes de subventions globales, font l'objet de contrats de prestations d'une durée de quatre ans et de conventions de prestations annuelles conclus avec les organisations de prévention et de santé. Ces documents doivent indiquer les objectifs à atteindre, en précisant à chaque fois les indicateurs ou normes de référence, ainsi que l'utilisation prévue des moyens versés. La Confédération a la possibilité de réduire les aides financières, voire d'en exiger le remboursement, si les objectifs imposés par contrat ou convenus n'ont pas été atteints ou en cas d'autres manquements du bénéficiaire à ses obligations.

Les prestations (respect des dispositions contractuelles) sont évaluées à l'aide de rapports annuels. L'art. 14 ne confère aux organisations à but non lucratif aucun droit à des aides financières. En outre, la réserve de crédit tient dûment compte des impératifs de la politique budgétaire.

Par ailleurs, des examens portant sur les effets globaux produits par les aides financières sont menés périodiquement, dans le cadre de l'évaluation prévue à l'art. 38.

Le Conseil fédéral fixe le plafond des aides financières selon l'art. 14 et les autres bases déterminantes, sous réserve des décisions budgétaires du Parlement, lors de l'adoption de sa stratégie au sens de l'art. 5 (cf. commentaire relatif à l'art. 5, al. 1, let. d). Comme l'orientation des bases stratégiques du Conseil fédéral dépend directement des objectifs nationaux au sens de l'art. 4, il est encore trop tôt pour se prononcer concrètement sur le cercle des bénéficiaires ou sur le montant en chiffre absolu des besoins financiers. Le tableau 7 au ch. 4.1 donne toutefois un ordre de grandeur possible des aides financières par rapport aux autres dépenses prévues dans la LPrév.

La fixation, dans l'ordonnance du projet LPrév, d'un plafond des dépenses imputables pour le calcul de l'aide financière vise à tenir compte de l'art. 7, let. c, LSu²⁴⁹, en vertu duquel l'allocataire est tenu de fournir de son côté une prestation propre correspondant à sa capacité économique.

Procédure d'octroi des subventions

Les organisations de prévention et de santé soumettent à l'OFSP une demande de soutien. Les bases stratégiques fixées par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 5, al. 1, let. d, sont déterminantes pour l'examen des demandes. Elles visent notamment à garantir que les activités des organisations soutenues par la Confédération contribuent efficacement à la réalisation des objectifs nationaux au sens de l'art. 4. Elles favorisent en outre une utilisation coordonnée des moyens financiers.

Les rapports sur l'état des finances fédérales garantissent la transparence quant à l'attribution des fonds.

Les destinataires des aides financières sont tenus de les utiliser dans le respect de la législation sur les marchés publics.

Dégressivité des aides financières

Les aides financières prévues ne sont pas temporaires ni dégressives. En effet, les activités des organisations de prévention et de santé de portée nationale prévues à l'art. 14, al. 2, méritent un soutien particulier et constituent des tâches permanentes. L'octroi de subventions destinées à des projets locaux, cantonaux ou nationaux est régi par les art. 12 et 13.

6.6 Délégation de compétences législatives

Outre l'art. 39, qui donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'exécution, l'art. 40, al. 3, du projet LPrév contient une norme de délégation. Le Conseil fédéral peut compléter la loi par des ordonnances dans les limites que la loi lui fixe. Les délégations législatives portent sur des réglementations trop détaillées et spécialisées pour être inscrites dans la loi. Au regard du droit constitutionnel, elles doivent se restreindre à un objet déterminé, et ne peuvent être globales. Les normes de délégation doivent décrire l'objet, le but, l'étendue et les grandes lignes de la réglementation déléguée. La délégation de compétences législatives est ici suffisamment précise au regard de la Constitution.

On trouve d'autres normes de délégation dans les dispositions relatives à l'organisation de l'institut. Le Conseil fédéral a les compétences suivantes:

- déléguer d'autres tâches à l'institut (art. 22, al. 2);
- édicter des dispositions concernant l'établissement des comptes (art. 34, al. 5).

